Lane Medical Library

KEIZERSNEDE BIJ PLACENTA PRAEVIA.

S. BOUWER.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/keizersnedebijpl0000siet

KEIZERSNEDE BIJ PLACENTA PRAEVIA.

KEIZERSNEDE BIJ PLACENTA PRAEVIA.

PROEFSCHRIFT TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN DOCTOR IN DE GENEESKUNDE AAN DE RIJKS-UNIVERSITEIT TE GRONINGEN, OP GEZAG VAN DEN RECTORMAGNIFICUS Dr. A. KLUYVER, HOOGLEERAAR IN DE FACULTEIT DER LETTEREN EN WIJSBEGEERTE, TEGEN DE BEDENKINGEN VAN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE IN HET OPENBAAR TE VERDEDIGEN OP ZATERDAG 29 SEPTEMBER 1923, DES NAMIDDAGS TE 4 UUR

DOOR

SIETZE BOUWER, ARTS.

GEBOREN TE TYNJE.

:- ERVEN B. VAN DER KAMP — 1923 — GRONINGEN -:

Aan mijne ouders.

Aan mijne aanstaande vrouw.

Bij 't voltooien van mijn studie is het mij een aangename taak om U, Hoogleeraren, Oud-Hoogleeraren, Lectoren en Privaat-Docent der medische en philosophische faculteiten te Groningen, mijn hartelijken dank te betuigen voor het onderwijs, dat ik van U heb mogen ontvangen.

Vooral U, Hooggeleerde Nijhoff, *Hooggeachte Promotor, ben ik veel dank verschuldigd voor de bereidwilligheid en hulp, die ge mij bij het samenstellen van dit proefschrift betoond hebt.*

Ook de tijd, die ik bij U als assistent ben werkzaam geweest, zal steeds de aangenaamste herinneringen bij mij oproepen.

INHOUD.

Bladz.

Historisch overzicht 1

Gevallen van keizersnede 16

Gevallen van placenta praevia 34

Overzicht der sterftegevallen 52

Kinderen 58

Verschillende methoden 61

I.

HISTORISCH OVERZICHT.

Omstreeks het jaar 1892 werd in Amerika door HARRIS [1]) en SLIGH [2]) voor het eerst de keizersnede bij placenta praevia verricht.

Helaas hadden deze 2 een voor de moeder ongunstig verloop. Dit zal hoogstwaarschijnlijk moeten worden toegeschreven aan de slechte toestand waarin de patienten reeds voor de operatie verkeerden. De partus was reeds eenige dagen aan de gang en men had eerst de gewone methoden geprobeerd, alvorens men tot deze, voor die tijd groote operatie overging. Bovendien zou de patient van SLIGH nog een cervix carcinoom gehad hebben.

Van de kinderen weten wij dat er één bleef leven, de ander was voor de operatie reeds dood.

In 1893 deed LODEMANN [3]) keizersnede bij een vrouw met osteomalacie en placenta praevia. De directe aanleiding tot de operatie werd hier door de heftige bloeding gegeven. De indicatie gaf het nauwe bekken. Het kind kwam zwaar asphyctisch ter wereld en was niet meer bij te brengen. De moeder had de eerste dagen lichte temperatuursverhooging, die echter dadelijk na de verwijdering der vaginaal tampon overging.

BERNAYS [4]) deed in 1894 de keizersnede bij een multipara waar de eenige indicatie de placenta praevia was. De moeder genas, doch het kind overleed enkele uren na de geboorte, waarschijnlijk aan een open foramen ovale.

In 1899 verrichtte LAWSON TAIT [5]) bij een multipara die reeds

---

1) Am. Journ. of Obst. 1893.
2) „ „ „ „ 1892 pag. 221.
3) Centr. f. Gyn. 1893 pag. 564.
4) Journ. of the Am. Med. Assoc. 1894 pag. 687.
5) Lancet 1899 Febr. 11.

6 uur achtereen vloeide, bij wie de vochtblaas gesprongen was, doch het cervicaal kanaal gesloten bleef, de operatie van PORRO. Deze had een gunstig verloop. Voor dit geval behandelde hij 14 gevallen van placenta praevia met de gewone methoden. Hiervan overleden 7 moeders en 11 kinderen kwamen dood ter wereld. Op grond hiervan beveelt LAWSON TAIT de keizersnede aan bij placenta praevia in gevallen met weinig ontsluiting en niet rekbaar cervicaal kanaal.

Ook FORD [1]) was eenige jaren vroeger op grond van theoretische overwegingen tot dezelfde conclusie gekomen.

ZINKE [2]) zegt in het jaar 1901 in zijn artikel: „Is Ceasarean Section justifiable in the treatment of placenta praevia?" in het kort het volgende:

„Van keizersnede bij placenta praevia zijn 8 gevallen bekend. Hiervan werden 7 in Amerika en 1 in Engeland verricht. In 2 van deze gevallen werd de operatie van PORRO gedaan. 5 moeders en 6 kinderen werden gered. Om te vergelijken met andere methoden, mogen we 2 gevallen uitschakelen. Bij de eerste werd de operatie gedaan onder zeer ongunstige omstandigheden, nadat eerst tevergeefs de verloskundige methoden geprobeerd waren; bij de tweede was een cervix carcinoom aanwezig."

De overige 6 gevallen geven dus een moederlijke mortaliteit van 17 % en een kinderlijke van 0 %.

De verloskundige methoden geven een moederlijke mortaliteit van 25 % en een kinderlijke van 65,21 %.

De keizersnede in het algemeen geeft een moederlijke mortaliteit van 4,14 % en een kinderlijke van 13 %.

De operatie van PORRO, die onder ongunstige omstandigheden gedaan wordt, geeft een moederlijke mortaliteit van 37 % en een kinderlijke van 22.22 %.

De keizersnee en de operatie van PORRO zijn volkomen geoorloofd in alle gevallen van placenta praevia centralis, vooral bij primipara, bij gesloten ostium en bij gevallen van sterke

[1]) Am. Journ. of Obst. 1892.
[2]) Am. Journ. of Obst. 1901.

bloeding, die door tamponnade niet tot staan kan worden gebracht en waar bovendien scheiding van de placenta van zijn onderlaag niet mogelijk is."

In 1901 deed GILETTE [1]) de operatie van PORRO bij een patient met placenta praevia centralis. Moeder en kind bleven leven. Aan verschillende medici vroeg hij de oorzaak van den dood van de moeders bij placenta praevia. Bijna steeds kreeg hij ten antwoord: „she died of shock". Daar shock ontstaat door bloedverlies en langdurige operaties en deze geen van beide bij de operatie van PORRO voorkomen, beveelt hij deze aan boven de klassieke keizersnede.

FRY [2]), SIR MACON [3]), MATTOLI [4]), DORMAN [5]), MILLER [6]) en NOBLE [7]) passen in uitzonderingsgevallen de keizersnede bij placenta praevia centralis toe.

DONOGHAE [8]) is de eerste die de keizersnede bij placenta praevia aanbeveelt met het oog op het recht van het kind om te leven. Hij wil de keizersnede doen bij eerstbarenden en bij placenta praevia centralis met rigide baarmoedermond. Ook wil hij de keizersnede everwegen bij gevallen waar anders keering in aanmerking komt.

EHRENFEST [9]) vindt de mortaliteit bij de keizersnede in het algemeen te hoog, (19 %). Bij de placenta praevia berekent hij een mortaliteit van 3,8 %. Volgens hem zal men dus de statistiek van de placenta praevia niet kunnen verbeteren, wanneer men nog bedenkt, dat de patienten voor de operatie meestal in een slechte toestand verkeeren.

SCHAUTA [10]) meent ook dat de mortaliteit der moeders niet

---

1) Journ. of the Am. Med. Assoc. pag. 495 1901.
2) Am. Journ. of Obst. 1901.
3) Lancet 1904 Aug. 6.
4) Centr. tür Gyn. 1900 pag. 946.
5) „ „ „ 1903 „ 1314.
6) „ „ „ 1903 „ 712.
7) „ „ „ 1902 „ 475.
8) Journ. of the Am. Med. Assoc. 1902 Sept. 13.
9) „ „ „ „ „ „ 1902 Jan. 2.
10) Centr. für Gyn. 1903 pag. 812.

verminderen zal; bij de kinderen verkrijgt men betere resultaten, toch ziet men dikwijls later dat het blijkt, dat de kinderen niet levensvatbaar waren. Bovendien zal een vrouw met een litteeken in de buik, later minder presteeren.

HENKEL [1]) deed, bij een patient met een conj. diag. van 8 c.M. en placenta praevia, pubotomie en daarna vaginale keizersnede. Vóór de vloeiing was besloten tot het doen van een klassieke keizersnede; blijkbaar vond hij de placenta praevia een contra indicatie voor de abdominale keizersnede.

NIJHOFF [2]) verrichtte in 1907 bij een multipara met placenta praevia en matige bekkenvernauwing de keizersnede. Het kraambed verliep ongestoord, ook het kind bleef leven. Bij placenta praevia met rigide cervix beveelt NIJHOFF èn voor moeder èn voor kind de keizersnede aan.

In ons land is dit voor zoover bekend. het eerste geval van keizersnede bij placenta praevia, dat gunstig verloopen is.

In Duitschland waren SELLHEIM [3]) en KRÖNIG [4]) sterke voorstanders van de keizersnede bij placenta praevia.

Volgens SELLHEIM laat de placenta los wanneer er een wanverhouding ontstaat tusschen de grootte van de placenta en het oppervlak waarop hij vast zit.

De normaal ingeplante placenta laat los in het nageboortetijdperk. De inplantingsplaats verkleint zich.

De voorliggende placenta laat los in het ontsluitingstijdperk, het oppervlak waarop hij vast zit wordt grooter, de vaten worden gerekt, er ontstaat dus bloeding.

Deze bloeding brengt het leven van de vrouw in gevaar. In het nageboortetijdperk zijn de trage contracties van de uitgerekte uterus niet in staat de bloeding te stelpen en de placenta los te maken. Eindelijk wordt dan de bloeding gestelpt door meerdere vorming van thrombi.

---

[1]) Centr. für Gyn. 1906 pag. 232.
[2]) „ „ „ 1907 „ 335.
[3]) „ „ „ 1908 „ 97.
[4]) „ „ „ 1908 „ 1897.

Om de gevaarlijke rekking te vermijden verricht men het beste de extraperitoneale keizersnede met tamponnade van de inplantingsplaats van de placenta. De extraper. is beter dan de klassieke, omdat de bloeding beter te overzien is en de snede in de uitvoergang valt. Dit laatste geeft mooier wondgenezing, zooals ook blijkt bij de vag. keizersnede. (Om de bloeding te stelpen, wordt het corpus uteri los, het onderste uterussegment stevig getamponneerd. De hechtingen worden over deze tampons aangelegd. Na de operatie wordt voor tegendruk de vagina nog stevig getamponneerd.)

Krönig vindt in de meeste gevallen als doodsoorzaak verbloeding. Een klein getal gaat dood aan sepsis. De bloeding begint in de laatste zwangerschapsmaanden en wordt sterker in het ontsluitingstijdperk. Wanneer nu het ostium voor één of twee vingers toegankelijk is, wordt een voetje afgehaald. De bloeding staat dan. Na de spontane uitdrijving van het kind begint de bloeding opnieuw. In 6—10 % der gevallen moet de placenta manueel worden verwijderd. Hierbij gaat meer bloed verloren dan bij de normale uitdrijving. Echter staat ook dan de bloeding nog niet geheel en is men genoodzaakt te tamponneeren. Het is vooral aan deze laatste bloeding, dat de patienten binnen 2—7 uur dood gaan. De sectie geeft geen oorzaak voor de bloeding, een enkele keer wordt een cervix scheur gevonden.

De bloeding ontstaat uit de verscheurde moederlijke vaten in het onderste uterussegment, waar de placenta vastgezeten heeft. Men kan dit zien als men bij eenige ontsluiting keizersnede doet. De placenta vlokken dringen op die plaats diep in het slijmvlies. Door verscheuring van het daargelegen bloedrijke vaatnet, ontstaat bloeding, die door de slechte contracties van het onderste uterussegment niet tot staan komt. Hoe meer rekking, des te meer bloeding.

Deze rekking voorkomt men door de abdominale keizersnede. De extraperitoneale en cervicale keizersnede hebben dit tegen, dat de snede valt in het bloedrijke weefsel waar de placenta geïnsereerd is.

Bij de vaginale keizersnede krijgt men vaak diepe scheuren, die niet te overzien zijn.

Bij de extraperitoneale komt men niet zonder tamponnade uit.

Bij de klassieke is het bloedverlies heel gering en in geval van sterkere bloeding, zou men desnoods de operatie van PORRO kunnen doen. Tot dusver is dit nog niet noodig geweest.

Het spreekt vanzelf dat men geen keizersnede doet wanneer het onderste uterussegment reeds gerekt is. In dit geval is keering en uithaling aangewezen.

Bij niet aseptische gevallen doet men de methode van BRAXTON HICKS, of de hysterotomia vaginalis anterior.

In 1909 werden op het Gyn. Congres te New-York de indicaties voor de keizersnede bij placenta praevia besproken. De meeningen waren nog zeer verdeeld.

JEWETT [1]) wil de operatie doen bij placenta praevia centralis en een gesloten, niet rekbare cervix. Hoofdzakelijk voor het kind.

FRY [2]) noemt als indicatie eerstbarenden met nauwe vagina, niet rekbare cervix en placenta praevia centralis. In ongeveer 5 % der gevallen zal men dan de keizersnede toepassen.

Een tegenstander is NEWELL [3]). Als de diagnose gesteld is, doet hij instrumenteele of manueele dilatatie en daarna keering en uithaling. Hij vindt de vaginale keizersnede beter dan de abdominale, maar is ook hiervan geen voorstander.

GRANDIN [4]) wil alleen de keizersnede doen wanneer de vrouw nog in heel goede toestand is en niet gevloeid heeft. Dit komt natuurlijk bijna nooit voor. Ook de vaginale keizersnede keurt hij af.

In Duitschland is PANKOW [5]) nog een groot voorstander. Hij doet de keizersnede als de ontsluiting nog niet grooter is dan een 2 à 3 Markstuk en de patient niet geïnfecteerd is.

---

1) Surgery, Gyn. and Obst. 1909 pag. 533.
2) „ „ „ „ 1909 „ 534.
3) Surg. Gyn. and Obst. 1909 pag. 466.
4) „ „ „ „ 1909 „ 529.
5) Centr. für Gyn. 1910.

Novak [1]) vindt de keizersnede zelden geïndiceerd, meestal heeft de patient koorts, is anaemisch of getamponneerd. De keizersnede is alleen gerechtvaardigd als de moeder een levend kind wenscht.

Gussen [2]) noemt als indicatie niet geïnfecteerde gevallen en levend kind.

Davis [3]), Scipiades [4]), Fraipont [5]) en Friggesje [6]) passen de keizersnede in sommige gevallen toe, maar geven geen indicatie.

In 1911 zegt Schweizer [7]) dat hij de keizersnede doet bij iedere placenta praevia centralis, waar geen ontsluiting is. In den regel gebruikt hij de metreurynter.

In 1912 kon David White [8]) uit de literatuur reeds 116 gevallen van keizersnede bij placenta praevia verzamelen. Hiervan waren er tien met doodelijke afloop. 38 kinderen werden dood geboren of stierven kort na de geboorte; hiervan waren 6 voor de geboorte gestorven, 23 waren niet levensvatbaar.

In het jaar 1912 werden de behandelingsmethoden van de placenta praevia op het Gyn. Congres te Berlijn besproken.

Couvelaire [9]) zegt dat men in Frankrijk de verloskundige methoden trouw gebleven is. De meeste patienten gaan dood aan infectie of shock ($^3/_5$ van het totaal aantal dooden). Een klein gedeelte slechts gaat dood door verbloeding. Het verbloedingsgevaar is dus niet zoo groot dat men de vrouw aan de risico van de keizersnede mag blootstellen.

Sterke voorstanders zijn natuurlijk: Sellheim [9]), Krönig [9]), Pankow [9]).

Zweifel [9]) die voor enkele jaren nog tot de tegenstanders behoorde past nu de methode toe bij voldragen en levende

---

1) Centr. für Gyn. 1910 pag. 294.
2) „ „ „ 1910 „ 1544.
3) „ „ „ 1911 „ 1380.
4) „ „ „ 1911 „ 1425.
5) „ „ „ 1911 „ 919.
6) „ „ „ 1912 „ 147.
7) C. f. G. 1911.
8) Centr. für Gyn. 1912.
9) „ „ „ 1912 pag. 1313—1318.

kinderen, niet geïnfecteerde moeder en placenta praevia totalis.

Künstner [1]) beveelt de metreuryse aan evenals Bockelmann. [2])

Dührssen [1]) beveelt de metreuryntersnede aan, hij stapt dus niet af van zijn vaginale keizersnede.

Op het congres te Londen wordt de kwestie nogmaals behandeld.

Döderlein [2]) past de hysterotomia vaginalis anterior toe. Van 88 patienten op deze manier verlost zijn er 9 overleden.

In het geheel zijn er 159 gevallen van bekend met een moederlijke mortaliteit van 11,3 % en een kinderlijke van 21,7 %.

De abdominale keizersnede kan men slechts in een beperkt aantal gevallen toepassen. De belangrijkste contra-indicatie is het gevaar voor infectie. Ongeschikt zijn dus patienten die buiten de kliniek zijn onderzocht of getamponneerd. Andere contra-indicaties zijn sterk bloedverlies, slechte toestand van de vrucht en de mogelijkheid van een eenvoudiger ingreep.

Nagel [3]) vindt, dat hij evenveel succes heeft met de methode van Braxton Hicks als anderen met de keizersnede.

Recasens [4]) noemt als indicatie voor de keizersnede placenta praevia centralis bij primi para met sterke bloedingen.

Veit [4]) wil de keizersnede doen bij primi para, omdat hier een infantiele uterus is.

Jardine [4]) tamponneert de cervix en geeft daarna pituitrine injecties. Hij wijst bijzonder op de goede resultaten van de pituitrine bij patienten met placenta praevia.

Dickinson [4]) gebruikt de zandloopervormige ballon van Palmeroy, en doet daarna accouchement forcé.

Davis [4]) doet de keizersnede in ernstige gevallen. Hij noemt o.a. 3 gevallen van totaal uitgebloede patienten, die hij met succes èn voor moeder èn voor kind opereerde.

---

[1]) Centr. für Gyn. 1912 pag. 1313–1318.
[2]) Centr. für Gyn. 1913 pag. 1381.
[3]) „ „ „ 1913 „ 1386.
[4]) „ „ „ 1913 „ 1388–1389.

Bar [1]) is een tegenstander van de tamponnade, de methoden die hij gebruikt zijn vliezen breken, metreuryse en abdominale keizersnede, eventueel met uterus exstirpatie. In geen geval mag de cervix met geweld gerekt worden.

La Torre [1]) vindt de methode van Braxton Hicks dikwijls nog te moeilijk en beveelt de methode van van Deventer aan, evenals Munro Kerr.

Guzzoni [1]) doet bij sterke bloeding en een gesloten cervix de abdominale keizersnede. In andere gevallen past hij de verloskundige methoden toe.

De Lee [1]) in tegenstelling met Jardine waarschuwt tegen de pituitrine bij patienten met placenta praevia, daar dit gevaar oplevert voor het onderste uterussegment. Hij dringt nog eens sterk aan op het overbrengen van de patienten naar een ziekenhuis, daar velen door een spoedige keizersnede nog gered zouden kunnen worden.

Er komen dus zoo langzamerhand meer voorstanders voor de keizersnede bij placenta praevia. Nieuwe argumenten worden niet naar voren gebracht. De meesten passen de methode nog in een zeer beperkt aantal gevallen toe. Met het leven van het kind wordt betrekkelijk nog weinig rekening gehouden.

In ons land maakt de methode nog weinig opgang.

Nijhoff [2]) was de eerste die in 1907 met succes voor moeder en kind de keizersnede bij placenta praevia toepaste. Hierop volgde in 1908 Kouwer. In dit geval ging de moeder aan verbloeding dood, het kind bleef leven.

In beide gevallen bestond een matig vernauwd bekken.

In de vergadering van de Ned. Gyn. Ver. in 1914 en 1915 wil alleen Nijhoff in een kleine groep van gevallen de methode toepassen.

Kouwer [3]) is een voorstander van de methode van Braxton Hicks, welke hij voor de moeder verreweg de minst gevaarlijke

---

[1]) Centr. für Gyn. 1913 pag. 1389.
[2]) Ned. Tijds. v. Verl. en Gyn. 1915 pag. 68. (Vergadering Leiden.)
[3]) „ „ „ „ „ „ 1915 „ 66. „ „

vindt. Wel zegt hij dat het kind met de operatieve methode betere levenskans heeft, doch daar de placenta praevia meest voorkomt bij multi para mag dit niet zoo zwaar wegen. De moederlijke mortaliteit zou z. i. hooger worden.

De Snoo [1]) past in ernstige gevallen de vaginale keizersnede toe. Het grootste gevaar waaraan de patienten blootgesteld zijn is infectie. Daarom wil hij de patienten voor het vervoer niet getamponneerd hebben. De resultaten die hij voor de moeders met de verschillende methoden gekregen heeft, ontloopen elkaar niet veel.

Na 1914 hoort men over de keizersnede weinig meer spreken, het schijnt dat de gewone methoden de overhand zullen houden, tot men in 1917 er weer meer over hoort.

Van der Hoeven [2]) wil patienten met placenta praevia als volgt behandelen:

Bloeding in de zwangerschap: bedrust, daarna vervoer naar een kliniek. In de kliniek bij herhaling van ernstige bloeding: sectio caesarea.

Bloeding tijdens de baring, of althans bij geopend ostium.

a. placenta praevia lateralis: vliezen breken en daarna bij doorgaan der bloeding versie en pituitrine injecties.

b. placenta praevia centralis: 1) geringe ontsluiting: in de kliniek: sectio caesarea. In de praktijk: vervoer naar een kliniek en anders versie volgens Braxton Hicks en pituitrine inj.

2) groote ontsluiting: versie en pituitrine injecties.

Bij eventueele atonische nabloeding of bij bloeding uit het overrekte onderste uterussegment aarzele men niet lang, doch tamponneere den uterus, voordat nog meer bloed verloren gaat. Pituitrine en secacornine versterken het resultaat van deze

---

[1]) Ned. Tijds. v. Verl. en Gyn. 1915 pag. 14. (Vergadering Leiden.)

[2]) Ned. Mnd. Schrt. voor Verl. en Vr. ziekten en Kindergen. 1917, p. 288.

bewerking. Helpt niets, dan is als laatste redmiddel, althans in de kliniek, de totale exstirpatie van den uterus uit te voeren.

Bij, wat na vaginale beëindiging van de baring veel meer voorkomt, bloeding uit cervikaal scheuren kan tamponneeren voldoende zijn, is dikwijls hechting van de scheur noodig, en moet somtijds, als noch het een noch het ander helpt, de uterus geëxstirpeerd worden.

Uit een verzameling van statistieken, krijgt VAN DER HOEVEN van de verschillende methoden de volgende sterftecijfers:

	Mortal. moeder.	Mortal. kind.
In privaatpraktijk	20 %.	50 %.
In klinieken	8 %.	54 %.
Met breken der vliezen	1 %.	25 %.
„ abdom. sectio caesarea	3 %.	25 %.
„ metreuryse	6,5 %.	45 %.
„ keering volg. BRAXTON HICKS	8 %.	73 %.
„ vaginale sectio caesarea	11,3 %.	21,7 %.
„ accouchement forcé	18 %.	40 %.
„ tamponnade	20 %.	

TREUB [1]) is steeds een sterke tegenstander geweest. In 1919 zegt hij het volgende: „Niet anders dan strenge afkeuring verdient de aanbeveling der keizersnede als dikwijls bruikbaar middel bij placenta praevia. Principieel juist zou deze operatie hier slechts zijn, inzoover als men door haar de weeën en daarmede de rekking van de inplantingsplaats der placenta en dus de daarvan afhankelijke bloeding kan voorkomen. Dit wil dus zeggen in het allereerste begin der baring of nog daarvoor. Onder die omstandigheden is echter de kans op atonie der

[1]) TREUB, Leerboek der Verloskunde, 1919.

ontleedigde baarmoeder belangrijk, zoodat men gevaar loopt een ernstige bloeding te voorkomen door een andere te weeg te brengen. Aangezien anders de baring bij placenta praevia zoo uitermate vroegtijdig begint, wordt door de keizersnede de levenskans van het kind niet afdoend verbeterd. Door een en ander wordt dan ook de gegeven afkeuring gerechtvaardigd, alleen dan wanneer men placenta praevia vindt bij voldragen vrucht, en niet of nauwelijks begonnen baring, dan kan er wanneer men overigens onder voor deze operatie gunstige omstandigheden verkeert, aan de keizersnede gedacht worden."

Nijhoff [1]) geeft in 1919 een overzicht van de gevallen, die in de Groningsche vrouwenkliniek voorkwamen. Hij komt dan tot de volgende conclusies: „In ernstige gevallen met sterke bloeding in het begin van het ontsluitingstijdperk, denk ik nog meermalen de keizersnede, liever dan Braxton Hicks en dan metreuryse te verrichten. Of dit op den duur zoo zal blijven, moet de toekomst leeren. Lijkt het geval mij gunstig, dan blijf ik bij de oude en in die gevallen beproefde handelwijze: vliezen breken en zoo noodig keering bij zeer ruime ontsluiting, maar in zware gevallen moet meer, dan tot heden meestal geschiedt, gestreefd worden naar het verkrijgen van een levend kind. Tevreden kunnen we pas zijn, als de sterfte der vrouw tot 5—6 %, die der kinderen tot 25 % daalt.

De Snoo [2]) is een tegenstander van de abdominale keizersnede, en wel om de volgende redenen:

1. De verbloedingsdood is in verreweg de meeste gevallen het gevolg van nabloeding na de geboorte. De keizersnede is niet in staat deze nabloeding te voorkomen, dat kan alleen de baarmoeder exstirpatie. En hij vreest dat op die manier teveel baarmoeders worden geëxstirpeerd.
2. Ook de infectie levert een groot gevaar op.

---

[1]) Ned. Tijds. van Gen. 1919, pag. 768.
[2]) „ „ „ „ 1920, „ 800.

De Snoo onderscheidt placenta praevia corporis en placenta praevia cervicis. Bij de eerste acht hij de keizersnede onnoodig, bij de tweede niet afdoende.

Van Rooy [1]) beveelt de transperitoneale keizersnede aan, hij geeft de volgende redenen:

1. De snede valt in een weinig contractiel deel, zoodat de wondgenezing zich rustig kan voltrekken.
2. De bloeding uit de dunne wand is gering.
3. De wond wordt goed geperitoniseerd.
4. Het terrein van de operatie blijft in voldoende mate geïsoleerd van de vrije buikholte.
5. In geval van infectie van het operatieterrein, blijft deze gelocaliseerd.
6. Het litteeken is sterker dan bij de klassieke keizersnede.

Bijzondere voordeelen bij de placente praevia zijn nog:

1. Het operatieterrein is goed zichtbaar.
2. Bloedende plekken kan men omsteken.

Van Rooy heeft 11 gevallen geopereerd, waaronder één was met een temperatuur van 39,8; geen moeder is overleden.

De juiste indicatie voor de keizersnede heeft hij nog niet aangegeven.

In de nieuwste leerboeken worden de indicaties voor de keizersnede als volgt aangegeven:

Stöckel: 1923. Bij placenta praevia marginalis en lateralis, vliezen breken en pituitrine. In alle andere gevallen, dus de gevallen waar tot nu toe keering en metreuryse werd gedaan, de abdominale cervicale keizersnede. (Dit natuurlijk alleen wanneer de vrouw niet geïnfecteerd is en het kind leeft of levensvatbaar is.) Bij dood kind en bij duidelijke infectie is de vaginale weg te verkiezen.

De Lee: 1919. Gevallen van placenta praevia centralis en partialis, levend en voldragen of bijna voldragen kind, moeder

[1]) Ned. Tijds. van Gen. 1922, pag. 111.

in goede conditie, cervix gesloten en moeilijk rekbaar. Deze voorwaarden vindt men het meest bij primi para.

Het laatst is de kwestie uitvoerig behandeld op het Gyn. Congres te Innsbrück. (7—10 Juni 1922).

Stöckel [1]) leidt het onderwerp in. De laatste 2 jaren geldt bij hem onveranderd als indicatie het volgende: „Kaiserschnitt bei ganz oder krösztenteils überdecktem Muttermund, lebendem, lebensfähigem Kinde und bei Fehlen offensichlicher schwerer Infection."

Schweitzer [2]) wil iedere patient die in de laatste zwangerschaps maanden vloeit, naar een kliniek vervoeren; liefst zonder vaginaal onderzoek en zonder tamponnade. De oude methoden geven dan goede resultaten voor de moeders; betere resultaten voor de kinderen verkrijgt men alleen door de keizersnede.

Von Jaschke zegt dat men met de keizersnede ieder levend of levensvatbaar kind redt, zonder de moeder aan meer gevaar bloot te stellen.

Döderlein vindt dat voor het onderwijs in de eerste plaats de oude methoden genoemd moeten worden.

Onder de voorstanders van de keizersnede noemen we nog Zangemeister, [5]) Henkel, [5]) Seitz. [5])

Küstner [6]) is een voorstander van de metreuryse, evenals Füth. [6])

Kehrer [7]) doet zelden de keizersnede uit vrees voor infectie; hij waarschuwt ook voor de extraamniale metreuryse.

BESLUIT.

Uit het voorafgaanda blijkt dus dat ook nu de meeningen omtrent het verrichten van de keizersnede bij placenta praevia nog zeer uiteen loopen. Waar de één in bijna alle gevallen de keizersnede toepast, doet de ander het nooit.

Wel is men 't er over eens dat elke patient die in de laatste zwangerschapsmaanden vloeit in een ziekenhuis hoort.

1—7) Centr. für Gyn. 1922, pag. 1162—1163.

DE VAGINALE KEIZERSNEDE BIJ PLACENTA PRAEVIA.

In 1902 verrichtte Bumm [1]) bij een multipara met placenta praevia in de zesde zwangerschapsmaand voor 't eerst de vaginale keizersnee, het kind woog slechts 850 Gr. Op grond hiervan beveelt hij deze methode aan in gevallen van placenta praevia, waar bij gesloten halskanaal ernstige bloedingen optreden.

Ook Dürssen [2]) is een voorstander.

Met hysterotomia vaginalis anterior en posterior zou men een snede kunnen maken, waardoor zelfs het grootste kind ter wereld gebracht zou kunnen worden.

Sellheim en Krönig waren eerst ook groote voorstanders van deze methode. Bumm keerde later terug tot de metreuryse en gecombineerde keering, daar hij bij de extractie groote cervix-scheuren zag optreden, waar de patienten uit verbloedden.

Krönig en Sellheim gingen over tot de abdominale keizersnede.

Tegenwoordig heeft de methode vrijwel afgedaan.

Döderlein heeft nog lang de hysterotomia vaginalis anterior aanbevolen.

Ook in de Groninger vrouwenkliniek is de methode na enkele successen weer verlaten.

Hierop volgen de 34 gevallen van keizersnede bij placenta praevia, die sinds 1907 in de Groningsche vrouwenkliniek voorkwamen.

---

[1]) Centr. für Gyn. 1902, pag. 1417.
[2]) „ „ „ 1904, „ 409.

II.

GEVALLEN VAN KEIZERSNEDE BIJ PLACENTA PRÆVIA UIT DE GRONINGSCHE VROUWENKLINIEK.

1907/88. 1.

Vrouw J.–W. 37 jaar. VIp. Opgenomen 10 Dec.–29 Jan.

Kleine tengere vrouw; voedingstoestand matig: plat vernauwd bekken, conj. diag. 10–10¼ c.M. Lengte M. 1.51.

1 : 20 Oct. 1899. Fo. leeft.

2 : 24 Nov. 1900. Sp.p. „

3 : 9 Oct. 1902 Langdurige partus, dwarsligging. Perf. nak. hoofd.

4 : 4 Mei 1904. Proph. V. Perforatie nakomend hoofd.

5 : 2 Mrt. 1906. Sp.p. Leeft.

L.M. is onbekend. Eerste kindsbeweging begin Sept. 1907. Sedert 15 Dec. vloeit patient bij tusschenpoozen. Bedrust; 10 Dec. een hevige bloeding; 3 à 4 c.M. ontsluiting, alleen placentaweefsel te voelen; matige weëen. Schedel ballotteert boven de bekkeningang. Vagina sterk getamponneerd.

S. C. C. Operateur Prof. NIJHOFF.

Kind asph. leeft. M. 3380 Gr.

Placenta praevia lateralis met uitlooper over ostium uteri.

Pat. heeft de derde dag temperatuursverhooging, 39.9.

Wond per primam genezen.

29 Jan. 1908 met kind ontslagen.

1910/108. 2.

Vrouw S.–V. 37 jaar. XIIIp. Opgenomen 12 Nov.–10 Dec.

Kleine goed gebouwde vrouw; lengte M. 1.53. Goede voedingstoestand. 5 maal abortus gehad afgewisseld met normale zwangerschap. Spontane verlossingen. Jongste kind is 20 Febr. 1908 geboren.

De laatste menstruatie en eerste kindsbeweging zijn onbekend. Pat. vloeit de laatste 6 weken bij tusschenpoozen.

17 Nov. vloeit pat. heftig bij tusschenpoozen. Staande portio, ostium laat vingertop toe.

Placenta praevia centralis.

S. C. C. Operateur Prof. Nijhoff.

Kind leeft. J. 45 L. 2270 Gr.

Pat. heeft de vierde dag temperatuursverhooging, 39.5.

Wond per primam genezen.

10 Dec. met kind ontslagen.

1915/155. 3.

Vrouw de R.—W. 33 jaar. VIIIp. Opgenomen 28 Dec., overleden 29 Dec.

Vorige keeren spontaan bevallen.

L. M. midden Maart.

25 Dec. had patient een hevige bloeding, die zich 27 Dec. herhaalde.

Patient wordt getamponneerd binnen gestuurd. Algemeene toestand slecht. Anaemisch; pols 148 onregelmatig.

Ontsluiting 4 c.M. halskanaal verstreken. Links ligt een stuk placenta, rechts de schedel. De vliezen zijn gebroken. Geen harttonen.

Met het oog op de slechte toestand, S. C. C. Operateur Prof. Nijhoff.

29 Dec. aan peritonitis overleden.

Kind dood. L. 52. 4005 Gr.

1915 158. 4.

Vrouw G.—de G. 27 jaar. Ip. Opgenomen 29 Dec.—3 Maart.

L. M. en eerste kindsbeweging zijn onbekend.

Patient is à terme.

Ze vloeit sinds eenige dagen. 28 Dec. hevige bloeding.

29 Dec. wordt patient getamponneerd binnen gestuurd. Ze ziet erg anaemisch: pols week en klein. 116.

Ontsluiting 4 c.M. Cervixkanaal vrij lang. Overal placenta weefsel te voelen. Er is geen vruchtwater afgeloopen. Schedel ligging. Er zijn geen weeën. Dubieuse harttonen.

S. C. supravaginale uterusamputatie. Operateur Prof. NIJHOFF.

Er is een placenta praevia totalis. Totale atonie van de uterus. Placenta met bij-placenta's.

In het kraambed een temperatuursverhooging tot 39.8.

Thrombose aan de beenen.

Wond is per primam genezen.

Kind dood. M. L. 50. 2720 Gr.

30 Dec. na de operatie is Haem. gehalte 40. R.bl.l. 1.992.000.

1917/36. 5.

Vrouw N.—B. 24 jaar. IVp. Opgenomen 17 Febr.—21 April.

Goed gebouwde vrouw; lengte M. 1.61. Voedingstoestand goed.

Eerste en tweede kind spontaan geboren.

Derde keer een abortus van een maand, manueel verwijderd.

L. M. 12 Juni—12 Aug. heeft patient een dag gevloeid. Eerste kindsbeweging half Nov.

Patient vloeit bij opname. 25 Maart heftige bloeding; lichte weeën. Schedel boven de ingang. Harttonen aanwezig.

Ontsluiting 3 c.M. Placenta praevia totalis.

S. C. C. Operateur Prof. NIJHOFF.

Moeder lichte temperatuursverhooging; anaemisch 25 haem., lichte thrombophlebitis.

Kind leeft. J. L. 51.5. 3350 Gr.

1917/67. 6.

Vrouw R.—W. 34 jaar. Vp. Opgenomen 23 Mei—14 Juni.

Vorige keeren spontaan bevallen.

L. M. laatst van Aug. 1916.

Patient wordt ingestuurd nadat ze de vorige nacht nogal gevloeid had, evenals 4 weken geleden.

Bij binnenkomst lichte weeën.

Ontsluiting 3 c.M. Placenta praevia totalis. Schedelligging.

S. C. G. Operateur Prof. NIJHOFF.

Moeder goed. Litteeken per primam genezen.

Kind leeft. J. L. 47. 3030 Gr.

1917/93. 7.

Vrouw O.—F. 42 jaar. Vp. Opgenomen 14 Juli—6 Aug.

Vorige keeren spontaan bevallen.

Patient wordt ingestuurd omdat ze de vorige dag sterk gevloeid had.

Bij binnenkomst geen ontsluiting. Harttonen aanwezig.

Ze vloeit die dag en 15 Juli niet meer.

16 Juli 's avonds half tien krijgt patient buikpijn met hevige vloeiïng.

S. C. C. L. Ovarium, kippenei groot en cysteus gedeg. is ook weggenomen. Placenta praevia lateralis.

Operateur Prof. NIJHOFF.

Moeder goed. Litteeken per primam genezen.

Kind dood. L. 51. 3550 Gr.

1917/122. 8.

Vrouw K. 28 j. IIp. Opgenomen 4 Oct.—26 Oct.

Vorige keeren spontaan bevallen.

L. M. ongeveer 13 Jan. Eerste kindsbeweging begin Juni.

Algemeene toestand is goed.

Om 3 uur wordt patient onderzocht. Afgeweken schedelligging. Harttonen zijn goed.

Ontsluiting 3 à 4 c.M. Lichte weeën.

S. C. C. Operateur Prof. NIJHOFF.

Placenta praevia totalis. Patient vloeide weinig.

Moeder goed. Litteeken per primam genezen.

Kind leeft. L. 50. 3050 Gr.

1918/23. 9.

Vrouw H.—D. 35 jaar. VIp. Opgenomen 19 Febr.—19 Maart.

Vorige keeren spontaan bevallen.

Algemeene toestand: moe, pijn in de rug, zenuwachtig.

L. M. 't laatst van Juni. Eerste kindsbeweging laatst van Oct.

14 Dagen voor inkomst heeft patient gevloeid. 19 Febr. een tweede bloeding.

Bij inkomst is geen ontsluiting; het ostium is voor een vinger toegankelijk. Placenta weefsel ligt voor; ballotteerend deel in de fundus.

S. C. C. Operateur Prof. NIJHOFF.

Placenta praevia totalis. Kind leeft. J. L. 47. 2370 Gr.

Moeder heeft 28 en 29 Febr. gevloeid. Krijgt ergotine. 2 Maart dito. Uterus is hard. 4 Maart 1 L. inf. met phys. zoutsol. camphor, wijn. Hooge ligging met de beenen.

Kippenei groot versch stuk plac. weefsel wordt 4 Maart uit de uterus verwijderd.

6 Maart haem. vgl. Sahli 13 % r. bl. l. 980.000. w. 18600.

Bij ontslag naar Med. afd., voor anaemie.

Pat. is 10 Juni gezond ontslagen.

1918/93. 10.

Vrouw H.—S. 40 jaar. VIIIp. Opgenomen 9 Juli—11 Aug.

L. M. begin Sept. Eerste kindsbeweging half Febr.?

Patient komt loopende in. Heeft de laatste weken gevloeid. De laatste dagen iets meer.

10 Juli v.m. plotseling heftige vloeiïng. Lichte uterus contracties. Schedelligging. Rechts in het osticum uterus is placenta weefsels te voelen.

Geen ontsluiting. Portio staat noq. Patient is erg bleek; kleine pols.

S. C. C. Operateur Prof. NIJHOFF.

Placenta praevia centralis.

Moeder goed. Litteeken per primam genezen.

Kind asph. 51 c.M. 2950 Gr.

10 Juli haem. vgl. Sahli 55 %.

1918/104. 11.

Vrouw H.-D. 31 jaar. IIIp. Opgenomen 27 Juni tot 15 Aug.

Vorige keeren spontaan bevallen.

L. M. begin Nov. Begin Dec. nog een weinig gevloeid.

15 en 24 Juni heeft patient wat gevloeid.

24 Juli begint patient weer te vloeien: den 25 Juli 's morgens om 10 uur begint het heviger. In een half uur heeft ze ongeveer $^1/_2$ L. bloed verloren.

26 Juli 's middags is er 4 cM. ontsluiting; overal plac. weefsel te voelen. De vagina is gevuld met bloed coagula.

S. C. C. Operateur Prof. NIJHOFF.

Placenta praevia centralis.

Moeder goed. Litteeken per primam genezen.

Kind leeft. 52 cM. — 3600 Gr.

26 Juli haem. vgl. Sahli 50 %.

1918/114. 12.

Vrouw S.-S. 39 jaar. Xp. Opgenomen 27 Aug. — 2 Sept.

Patient is gedurende de zwangerschap altijd goed gezond geweest, tot ze 27 Aug. nam. is begonnen te vloeien, ongeveer een half uur. Had geen pijn. Om 10 uur komt patient in. Algemeen is toestand slecht.

S. C. C. Operateur J. GRASHUIS.

Placenta praevia centralis.

Moeder is 30 Aug. koortsig. w. bl. 1. 21.000.

31 Aug.: buikwand geeft nergens ettering te zien.

2 Sept. 10 uur collaps.

2 Sept. half vier overleden.

Kind leeft. 50 cM. 3200 Gr.

1918/115. 13

Vrouw K. — H. 34 jaar. Xp. Opgenomen 28 Aug. — 5 Oct.

Patient is 14 Aug. gaan vloeien, 28 Aug. werd het vrij erg. Pat. is zeer anaemisch. Harttonen goed. Voorliggend deel niet ingedaald. Overal placenta weefsel te voelen.

S. C. C. Operateur J. Grashuis.
Placenta praevia centralis.
Moeder 16 Sept. rechter been iets pijnlijk.
17 Sept. pijn minder, geen veneuse stuwing.
2 Oct. opgestaan.
Kind asph. L. 52 c.M. 3820 Gr.

1919/16. 14.

Vrouw de B.—H. 36 jaar. Vp. Opgenomen 22 Jan.—24 Febr.
Vorige keeren spontaan bevallen.
L. M. midden Mei.
Sinds eenige dagen vloeit patient; dit werd 's avonds 21 Jan. erger.
Harttonen goed.
Weinig ontsluiting. Vagina vol bloed.
S. C. C. Operateur Prof. Nijhoff.
Placenta praevia lateralis.
Moeder lichte ettering van de buikwand, verder is het kraambed ongestoord.
Kind leeft. 3450 Gr.

1919/40. 15.

Vrouw H. 25 j. Ip. Opgenomen 27 Maart—15 April.
L. M. 13 Aug.
Bij inkomst is er 5 c.M. ontsluiting. Een voorliggende placenta; Hoofd nog bewegelijk. Harttonen aanwezig. Patient had vanaf begin Maart af en toe gevloeid.
S. C. C. Operateur Prof. Nijhoff.
Placenta praevia totalis.
Moeder goed. Litteeken per primam genezen.
Kind asph. 2420 Gr. Is na drie dagen overleden.

1199/119. 16.

Vrouw H. 42 jaar. VIIp. Opgenomen 7 Sept.—30 Sept.

Vorige keeren spontaan bevallen.

L. M. eind Febr.(?)

Patient is 's morgens 7 Sept. vrij hevig gaan vloeien. Geen pijn. Voor het vertrek naar het ziekenhuis getamponneerd. Bij inkomst is de tampon niet doorgebloed. Patient heeft lichte weëen. Afgeweken schedelligging. Geen harttonen. Portio staat ver naar achteren, nauwelijks te bereiken. Knobbelig weefsel te voelen.

Patient begint na onderzoek weer te vloeien.

S. C. C. Operateur Prof. NIJHOFF.

Moeder goed. Litteeken per primam genezen.

Kind dood.

1919/140. 17.

Vrouw K.—B. 40 jaar. XIIIp. Opgenomen 22 Oct.—14 Nov.

Patient is een goed uitziende vrouw.

De twintigste Oct. is ze wat beginnen te vloeien. Bleef te bed. De 21ste weer. Er zou 5 cM. ontsluiting zijn?!

22 Oct. achterste dwarsligging. Harttonen goed.

2 vingers ontsluiting. Bloedcoagula in het ostium.

Indicatie tot S. C.: levend kind, geringe ontsluiting, bloed coagula in het ostium, nog weinig gevloeid.

S. C. C. met resectie tubae. Operateur Prof. NIJHOFF

Placenta door Credé verwijderd.

Moeder goed. Litteeken per primam genezen.

Kind goed. 47 cM. 2700 Gr.

1919/147. 18.

Vrouw L.—B. 25 jaar. IIp. Opgenomen 1 Nov.—24 Nov.

L. M. 23 Febr.

Patient komt 1 Nov. Half acht. Is zeer anaemisch. Snelle pols. Heeft 's morgens erg gevloeid. Is voor dien tijd altijd

goed geweest. 's Avonds in de auto heeft ze weer gevloeid. Hier nu weer voor de derde maal. Collabeert.

Geen ontsluiting. Harttonen goed.

S. C. C. Operateur Prof. NIJHOFF.

Moeder goed. Litteeken per primam genezen.

Kind goed. 3600 Gr.

1920/67. 19.

Vrouw B.—v. d. L. 36 jaar. Vp. Opgenomen 5 Jan.—5 Febr.

Vorige keeren spontaan bevallen.

L. M. onbekend.

Patient komt om half een in; vloeit sinds half negen.

Afgeweken schedelligging. Harttonen onder de navel.

5 c.M. ontsluiting.

Placenta praevia marginalis.

12.17 de vliezen gebroken. 1 pituitrine inj. Hoofd op de ingang gedurende een uur flinke weeën.

1.10 pit. inj.

1.15 slappe cervix. 6 c.M. ontsl. schedel bewegelijk op bekkening.

2.30 zoo goed als geen weeën. Harttonen regelmatig 160.

4.30 geen weeën. Harttonen 174. De heele nacht geen weeën, vloeit niet.

10 v.m. 6 à 7 c.M. ontsl. Slappe cervix. Hoofd bewegelijk op ingang. Placenta rand wordt gevonden.

S. C. C. Operateur Prof. NIJHOFF.

Moeder goed. Litteeken per primam genezen.

Kind leeft. 48 c.M. 3800 Gr.

1920/23. 20.

Vrouw D.—P. 42 jaar. Vp. Opgenomen 6 Febr.—27 Febr.

Vorige keeren spontaan bevallen.

L. M. begin Mei.

Patient is anaemisch. 2 Jan. heeft ze voor het eerst gevloeid (weinig). 27 Jan. weer (flink).

3 Febr. bij het begin der partus opnieuw. Het hoofd staat bewegelijk boven de bekkeningang.

2 à 3 c.M. ontsluiting. Plac. weefsel ligt voor. Lichte weeën. Harttonen langzaam, regelmatig 85.

S. C. C. Operateur Prof. NIJHOFF.

Placenta praevia totalis.

Moeder goed. Litteeken per primam genezen.

Kind leeft. 46 c.M. 4740 Gr.

1920/37. 21.

Vrouw B.–M. 32 jaar. IIIp. Opgenomen 23 Febr.–19 Maart.

Patient vloeit sedert 24 uur. Is à terme. Lengteligging.

Geen weeën.

Harttonen goed. Geen ontsluiting.

S. C. C. Operateur Prof. NIJHOFF.

Moeder goed. Litteeken per primam genezen.

Kind leeft. 50 c.M. 3450 Gr.

1920/144. 22.

Vrouw t. V.–B. 43 jaar. Xp. Opgenomen 4 Aug.–25 Aug.

De eerste 5 keeren spontaan bevallen.

De zesde een hydrocephalus?

Daarna weer spontaan bevallen.

De negende was een vroeggeboorte; patient heeft toen gevloeid.

Patient komt nu voor een placenta praevia; heeft nog niet erg gevloeid.

Afgeweken schedelligging, die bijna in dwarsligging over gaat.

Harttonen goed.

Plac. weefsel te voelen.

4 c.M. ontsluiting.

S. C. C. Operateur Prof. NIJHOFF.

Placenta praevia totalis.

Moeder goed. Litteeken per primam genezen.

Kind leeft. 50 c.M. 3380 Gr.

1921/9. 23.

Vrouw H.—P. 38 jaar. Vlp. Opgenomen 16 Jan.—25 Febr.

Goed gebouwde vrouw.

Vorige keeren telkens te vroeg bevallen. Het eerste 1 maand, de andere eenige weken te vroeg.

L. M. half April. Eerste kindsbeweging begin Sept.

Patient is 9 Jan. begonnen te vloeien.

15 Jan. begon ze weer. 18 en 19 Jan. dito de 19de veel erger.

Portio staat nog. Plac. steekt van achteren in het ostium uit.

Hoofd bewegelijk boven de bekkeningang.

Om erger vloeien te voorkomen besloten tot:

S. C. C. Operateur Prof. NIJHOFF.

Placenta praevia partiales.

Moeder goed.

Kind asph. 49 c.M. 2820 Gr.

1921/161. 24.

Vrouw S.—B. 40 jaar. XIIIp. Opgenomen 9 Aug.—9 Sept.

Vorige keeren spontaan bevallen.

Matige voedingstoestand.

L. M. 20 Nov.

5 en 8 Aug. heeft patient erg gevloeid.

Vloeit nu geregeld wat, af en toe wat stolsels.

11 Aug. is patient wat anaemisch, heeft sedert de opname gevloeid.

's Morgens groote coagula in de vagina. Patient collabeert.

Portio is verstreken.

5 c.M. ontsluiting.

S. C. C. Ampullaire gedeelte van de tubae rechts en links geamputeerd. Operateur A. VERBEEK.

Moeder goed. Litteeken per primam genezen.

Kind leeft. 49 c.M. 3400 Gr.

1921/249. 25.

Vrouw B.—E. 26 jaar. IIp. Opgenomen 20 Dec.—9 Febr.

De eerste partus verliep spontaan, de negende dag werd ze ziek en is de elfde dag opgenomen met febris puerperalis.

L. M. 24 April.

Patient is ongeveer 22 Nov. gaan vloeien. Laatste week wat sterker.

20 Dec. is patient op de polikliniek geweest, zal weer naar huis gaan, doch is onderweg gaan vloeien.

Ze heeft haast geen uterus contracties. Ostium voor een vinger toegankelijk. Voorliggende schedel.

Om 3 uur komt er een zeer groote hoeveelheid coagula.

Patient is zeer anaemisch. Pols klein en snel.

S. C. C. Operateur Prof. NIJHOFF.

Moeder goed. Litteeken per primam genezen.

Kind leeft. 38 cM. 1660 Gr.

1922/33. 26.

Vrouw S.—van H. 27 jaar. IIIp. Opgen. 30 Dec. '22—20 Mrt. '23.

Goed gebouwde vrouw.

De eerste partus was normaal, de tweede gemelli.

Na de laatste bevalling niet meer gemenstrueerd. In Oct. de eerste kindsbeweging gevoeld.

30 Dec. begon patient te vloeien. 4 Jan. bijna niet meer.

8 Jan. even opgestaan. 10 Jan. weer wat gevloeid.

13 Jan. wordt patient bleeker, hoewel ze niet vloeit. Hg. 55 %.

27 Jan. is het ostium voor een vinger toegankelijk. Vliezen en plac. weefsel te voelen. Hg. 65 %.

18 Febr. begint patient hevig te vloeien. Wordt duizelig. Pols klein. Tampom ingebracht. Om half tien:

S. C. C. met uterus exstirpatie. (Uterus contraheert zich niet). Operateur Prof. NIJHOFF.

Moeder goed. Litteeken per primam genezen 20 Mrt. hg. 62 %.

Kind asphyctisch. Na halve dag dood. 49 cM. 3130 Gr.

1922/39. 27.

Vrouw van B.—B. 36 jaar. XIp. Opgenomen 12 Febr.—21 Maart.

Goed gebouwde vrouw.

De eerste 9 bevallingen verliepen normaal, de tiende is na 7 1/2 maand dood geboren.

L. M. eerste week van Juni. Laatste week van Oct. eerste kindsbeweging.

28 Jan. is patient gaan vloeien. 4 Febr. weer.

27 Febr. raakt patient oude coagula en ook versch bloed kwijt.

Geen weeën. Om half vijf lichte weeën. Begint weer te vloeien.

Dwarsligging. Harttonen goed. Staande portio.

2 à 3 c.M. ontsluiting. Links is week weefsel, onregelmatig van oppervlakte, te voelen. Geen voorliggend deel.

S. C. C. Operateur Prof. NIJHOFF.

Moeder goed. Litteeken per primam genezen.

Kind licht asph. 50 c.M. 3450 Gr.

1922/85. 28.

Vrouw K.—P. 42 jaar. XVIp. Opgenomen 31 Dec.—13 Mei.

Goed gebouwde vrouw. Licht oedeem aan de beenen.

De eerste keeren spontaan bevallen. Bij de laatsten was ze na de partus bewusteloos. Bij de 15de was er volgens de medicus een uterus ruptuur.

L. M. midden Aug. Begin Dec. eerste kindsbeweging.

2 April begint patient te vloeien; later nog een paar keer.

21 April vloeit patient weer. Vuist groot coagulum.

22 April om 2 uur v.m. krijgt patient weeën. De buik is in de lengte en breedte erg uitgezet. Hoofd links boven de bekkeningang.

Door het ostium vliezen te voelen.

Achterste vaginaal wand voelbaar alsof vergroeid met placenta.

S. C. C. met uterus exstirpatie. Operateur Prof. NIJHOFF.

Moeder goed. Litteeken per primam genezen.

Kind leeft. 51 cM. 4520 Gr.

1922/125. 29.

Vrouw B.—B. 41 jaar. XIVp. Opgenomen 19 Juni—22 Juli.

Vorige keeren spontaan bevallen. Eerste keer gemelli.

L. M. begin Oct.

Goed gebouwde vrouw.

17 Mei is patient begonnen te vloeien. Dit duurde 2 dagen. Is toen gaan rusten. Het bleef toen goed tot 15 Juni. Daarna steeds gevloeid.

Bij inkomst ziet patient anaemisch. Gedurende de heele nacht raakt patient versch bloed kwijt.

Om 9 uur n.m. een oud stolsel.

„ 11 „ „ „ versch stolsel.

Om 3 uur v.m. is patient misselijk. Pols 170. Ziet zeer anaemisch.

Geen weeën. Harttonen goed. Hoofd boven de bekkeningang.

S. C. met uterus amputatie. Operateur Prof. Nijhoff.

Placenta praevia lateralis.

20 Juni hg. 20 % r.bl.l. 1.860.000.

19 Juli „ 42 % „ 3.530.000.

Moeder goed. Litteeken per primam genezen.

Kind leeft. 48 c.M. 2360 Gr.

1922/128. 30.

Vrouw J.—R. 26 jaar. VIp. Opgenomen 29 Juni—21 Juli.

Goed gebouwde vrouw.

Eerste 4 keeren spontaan bevallen. Daarna een abortus van 6 maanden. (rottende vrucht.)

L. M. 28 Oct. Eerste kindsbeweging half Maart. Toen heeft patient een dag gevloeid.

21 April weer heviger gevloeid. Is tot 29 Juni gaan rusten.

1 Juli vloeide ze weer erger. 't Begon 's middags; hield toen op, daarna de heele nacht, waarbij groote stukken. Was bewusteloos.

25 en 28 Juni weer. Ook weer bewusteloos. Trekkingen in handen en voeten. Ze wordt 29 Juni ingebracht. Vloeit heel weinig.

1 Juli half zes v.m. begint patient na een onrustige nacht erg te vloeien. Stroom bloed uit de vagina, ongeveer 5 min.; dan vormt zich een groot stolsel en staat de bloeding. Daarop begint het weer, hoewel in minder hevige mate. Geen weeën. Zeer anaemisch: pols niet te voelen. Duizelig. Braakt. Kamfer inj.

Geen ontsluiting. Plac. weefsel te voelen.

S. C. C. Operateur J. GRASHUIS.

Placenta praevia.

Moeder goed. 2 Juli hg. 65 r.bl.l. 3.590.000.

Kind heeft een halve dag geleefd. 49 c.M. 3100 Gr.

1922/141. 31.

Vrouw B.—de B. 29 jaar. Ip. Opgenomen 28 Juni—12 Aug.

Patient is in de zwangerschap steeds misselijk geweest. Pijn in de rechter zijde; vooral na de derde maand.

L. M. laatst van Oct.

Lichte rachitis; graciel gebouwd.

Midden Juni begon patient te vloeien; bleef 4 dagen te bed. 14 dagen later weer erger gevloeid, ook stukken oud bloed.

1 dag voor inkomst weer begonnen te vloeien.

Spoor albumen.

Van 5 op 6 Juli begint patient vrij erg te vloeien.

Geen weeën, geen ontsluiting.

6 Juli is de vloeing opgehouden.

21 „ 's middags lichte uterus contracties.

22 „ 's morgens begint patient te vloeien. Om 4 uur 3 groote coagula uitgedreven. Uterus contracties verminderen. Om 7 uur weer hevig vloeien.

1½ c.M. ontsluiting. Plac. weefsel te voelen. Uterus staat tegen de ribbenboog. Hoofd op de ingang. Boven de symph. zeer pijnlijk bij aanraking. Om half tien:

S. C. C. Operateur Prof. NIJHOFF.

Moeder goed. Wond na lichte ettering genezen.

Kind goed. 48 c.M. 3300 Gr.

1923/82. 32.

Vrouw de B.—W. 28 jaar. IIIp. Opgenomen 13 Maart—9 Mei.
Goed gebouwde vrouw.
Vorige keeren een abortus, beide van ongeveer 3 maanden.
L. M. 5 Augustus. Eerste kindsbeweging half Dec.
Patient vloeit sedert Febr. met tusschenpoozen van $1^1/_2$—3 weken.
17 April begint patient heftig te vloeien.
Ontsluiting 2 c.M. Uitwendig ballotteert het hoofd boven de ingang. Geen voorliggend deel.
S. C. C. Operateur Prof. NIJHOFF.
Placenta praevia totalis.
Moeder goed. Wond per primam genezen.
Kind goed. 44 c.M. 2150 Gr.

1923/114. 33.

Vr. B.—ten K. 32 jaar. IIp. Opgenomen 29 Mei—23 Juni.
Goed gebouwde vrouw.
Vorige keer Fo.
L, M.? Eerste kindsbeweging 27 Jan.
Patient vloeit sedert 10 dagen. 28 Mei 's nachts is het erger geworden.
29 Mei 's middags staat het hoofd bewegelijk boven de bekkeningang. Harttonen links. Uit de vagina komt veel gestold bloed; de portio is nog niet verstreken, ost. ut. voor 2 vingers toegankelijk, staat heel ver naar achteren. Placenta weefsel te voelen. Geen vliezen.
S. C. C. Operateur Prof. NIJHOFF.
Placentia praevia totalis.
Moeder goed. Wond per primam genezen.
Kind asph. 50 c.M. 3300 Gr.

1923. 34.

Vrouw v. d. W.—P. 35 j. Illp. Opgenomen 23 Juli—13 Aug.

Patient is een goed gebouwde vrouw, in goede voedingstoestand. De vorige keeren is ze spontaan bevallen. Het oudste kind is 4- het jongste 3 jaar.

L. M. is 23 Oct. De eerste kindsbeweging is niet bekend.

Patient had gedurende de heele zwangerschap last van pijn in de rug. De eerste maanden braakte ze veel.

17 Juli kreeg ze plotseling een flinke bloeding, ze raakte stukken bloed kwijt. De bloeding herhaalde zich de eerste dagen niet, tot 22 Juli het vloeien opnieuw begon. De medicus stuurde haar toen in met de diagnose placenta praevia.

Bij binnenkomst, 8 uur v.m., ziet patient niet anaemisch. Ze heeft lichte uterus contracties. De fundus staat tegen de ribbenboog, de rug ligt links, het hoofd ballotteert boven de ingang, harttonen links ter hoogte van de navel. De portio is niet verstreken, het ostium is voor een vinger toegankelijk. Of er placentaweefsel of coagula voorligt is niet met zekerheid uit te maken. Er zijn geen vliezen te voelen. Ze vloeit haast niet.

Om 1 uur namiddag begint patient meer te vloeien. Alhoewel patient de heele morgen weeën had, is er geen ontsluiting.

Alles wordt in gereedheid gemaakt voor eventueele keizersnede. Om 2 uur begint patient heftig te vloeien. Ze wordt direct naar de operatiekamer gebracht.

S. C. C. Operateur S. Bouwer.

Duur der operatie 40 minuten. De buik wordt mediaan geopend door een snede 10 c.M. onder en boven de navel. De uterus wordt uit de buik geluxeerd en in de middellijn geopend. Uit de snede stroomt sterk meconium houdend vruchtwater. Het kind is licht asphyctisch. De placenta zit geheel in het onderste uterussegment en wordt door de incisie naar buiten gedrukt. De uterus contraheert zich goed. Geen nabloeding. De uterus wordt gehecht met 7 diepe en 8 serosereuse zijden hechtingen; het peritoneum wordt gehecht met zijde, de fascie met zijde en catgut, de buikwand met krammen en een enkele zijden draad,

Het bloedverlies bij de operatie is heel gering geweest. Voor en na de operatie krijgt patient 4 c. c. ergatine.

Het kind (m.) is 48 c.M. lang en weegt 2850 Gr.

De hechtingen worden 30 Juli verwijderd, wond p. p. genezen.

13 Aug. ontslagen, het kind weegt 3390 Gr.

In het geheel zijn er dus tot nu toe in de Groningsche Vrouwenkliniek 34 gevallen van keizersnede bij placenta praevia voorgekomen.

Hiervan zijn 2 vrouwen en 5 kinderen overleden.

Moederlijke mortaliteit 5.88 %, kinderlijke 17.65 %.

Het eerste sterfgeval (no. 3) was van een vrouw, die in slechten toestand binnenkwam. Ze zag zeer anaemisch, pols was 148 en onregelmatig. De vagina was getamponneerd, het kind leefde niet meer. Om verder bloedverlies zooveel mogelijk te voorkomen werd S. C. gedaan. Patient is overleden aan peritonitis. Men mag wel aannemen, dat de vrouw op geen enkele andere manier te helpen was geweest.

Het tweede geval (no. 12) is geweest 4 dagen na de operatie.

De doodsoorzaak staat niet vermeld: ook hier was de toestand voor de operatie slecht.

Van de kinderen waren 3 reeds voor de operatie overleden. (no. 3, 4, 16).

No. 7 is waarschijnlijk onder of kort voor de operatie overleden.

No. 15 was bij de geboorte asphyctisch en is na 3 dagen overleden.

No. 26 „ „ „ „ » „ „ „ ½ dag „

III. Gevallen van placenta praevia die sinds 19

Volgno.	P. no.	Inkomst.	Partus.	Vertrek.	N A A M.	Ouderdom.	Para.	Bekken.	Ligging.	Ontsluiting
1	'07-10	11.2	23.2	27.3	Vr. F. S.	29	III	—	Dwl.	5 à
2	24	21.3	26.3	27.4	Vr. K. N.	31	V	C. d. 11	Dwl.	2 v st. po
3	24	26.3 i. p. i.	26.3	30.4	Vr. B. M.	27	II	—	S.	2 v st. po
4	47	3.6	14.6	3.7	Vr. K.	46	VIII	Valsch. prom. C. d. 10, 5	Afgew. S.	2 v
5	48	13.6 i. p. i.	14.6	3.7	Vr. W.	35	VI	—	Dwl.	6 à
6	61	10.8	20.8	3.9	Vr. E.	40	XV	—	Dwl.	6
7	88	18.12	30.12	29.1	Vr. J.	37	VI	Alg. plat vern. C. d. 10	S.	3 à
8	'08-19	8.2	29.2	21.3	Vr. B.	42	IX	—	S.	?
9	25	19.3 i. p. i.	20.3	13.4	Vr. O.	30	VIII	—	S.	?
10	27	28.3 i. p. i.	28.3	29.4	Vr. K. B.	34	VI	—	S.	3 v
11	29	2.4 i. p. i.	2.4	16.4	Vr. L. S.	46	IX	—	S.	4. 3
12	41	3.5	18.5	6.6	Vr. R. F.	40	XIV	—	St.	?
13	53	6.5	27.6	16.7	Vr. K.	31	IV	—	S.	7 à
14	54	1.7 i. p. i.	5.7	26.8	Vr. S. B.	42	XI	—	S.	2 v
15	90	30.12 i. p. i.	30.12	16.1	Vr. H.	37	?	—	S.	?
16	'09-12	9.2	11.2	2.3	Vr. v. d. V.	36	VI	—	S. prol. fun. Dwl.	volh
17	17	26.2	1 3	22.3	Vr. O. H.	30	IX	—	S.	5. 2
18	24	18.3	20.3	5.4	Vr. W. R.	32	VIII	—	S.	—
19	53	27.6	4.7	19.7	Vr. B. S.	28	III	—	S.	6
20	69	2.9 i. p. i.	2.9	2.9	Vr. v. d. V.	38	XIII	—	S.	5
21	74	7.10 i. p. i.	7.10	20.10	Vr. A.	35	VIII	—	S.	5 à
22	75	28.9	9.10	9.10	Vr. R.	37	V	—	S.	4
23	81	27.10 i. p. i.	27.10	9.11	Vr. W.	36	VI	—	S.	—
24	82	28.10 i. p. i.	28.10	28.10	Vr. S.	42	VIII	—	Afgew. S.	6

in de Groningsche vrouwenkliniek zijn behandeld.

Therapie.	Geslacht.	Lengte.	Gewicht.	Toestand kind.	Toestand moeder.	Placenta.	
V. + E.	v.	47	3140	l.	l.	p. p. c.	Tamp. a. p. Intra ut. tamp. L. en r. cerv. sch. gehecht. Temp. 38.2.
S. C. Vag.	m.	45	3300	l.	l.	p. p. l.	Tamp. a. p. Intra utr. tamp. Pur. afsch. Temp. 39.
S. C. Vag.	m.	49.2	4080	l.	l.	p. p. l.	Tamp. a. p. Vag. tamp. p. p. Pur. afsch. Temp. 39.5.
V. + E.	v.	48	3040	l.	l.	p. p. l.	Intr. ut. tamp. Kl. cerv. sch. l.
V. + E. na dil.	m.	47	3000	l.	l.	p. p. c.	Tamp. a. p. Bij part. temp. 38.5.
V. + E. na man dil. (narc.)	m.	51	3370	l.	l.	p. p. l.	
S. C.	v.	?	3380	l.	l.	p. p. l.	Tamp. a. p. 1 × temp. 38.
Sp. p. na herhaalde tamp.	v.	49	2070	++	l.	p. p. l.	Tamp. a. p. Man. verw. plac. Collaps. Bij part. 38.9.
Sp. p. Prol. plac.	v.	48	2500	+	l.	p. p. c.	Eerst plac. daarna kind geb. Temp. enkele keer 38.
Br. H.	m.	48	2740	+	l.	p. p. t.	Bronchitis p. p. Koude rillingen. Geen pur. afsch.
Br. H.	m.	52	3750	+	l.	p. p. t.	
Sp. p.	m.	32	920	+	l.	p. p. m.	Kind 12 uur p. p. overl.
V. + E. 3 uur na breken v. d. vliezen.	m.	50	3520	+	l.	p. p. t.	
Br. H. + E.	m.	48	3000	+	l.	p. p. t.	Voor partus 2 L. zout sol. subc Endometritis. Thromb. r. b.
Br. H. + E.	v.	46	2800	++	l.	p. p. p.	Man. verw. plac. Intra ut. tamp. Temp. 38.5.
Fo. V. + E.	m. v.	45 47	2590 2930	++ ++	l.	p. p. l.	Tamp. a. p.
Br. H. + E.	v.	42	1850	+	l.	p. p. p.	Tamp. a. p.
Sp. p.	m.	50	3030	l.	l.	p. p. l.	Tamp a. p. 7e dag temp. 38.6.
V. + E. Yl. br.	v.	46	2440	l.	l.	p. p. p.	Ut. en Vag. tampon. Bij part. temp. 38.5.
V. + E. na man. dil.	m.	49	3080	++	+	p. p. t.	Tamp. a. p. Anaemisch. 2 u. p. p. + oorzaak verbloeding.
V. + E. na dil.	v.	?	1160	+	l.	p. p. t.	Kind 36 u. p p. +.
V. + E. na dil.	m.	56	3680	+	+	p. p. t.	Cervix scheur. 2 u. p. p. + verbloeding. Getampon. ingestuurd.
Sp. p.	m.	53	4740	l.	l.	p. p. m.	
V. + E.	m.	49	3150	+	+	p. p. t.	Anaemisch bij inkomst. Verbloeding 12 uur. p. p. Kind fract. 4° halswervel.

25	'10-10	17.2 i. p. i.	17.2	3.5	Vr. W. L.	35	IV	—	S.	2 v.
26	13	15.2	18.2	9.3	Vr. A. G.	21	II	—	S.	hand
27	14	20.2 i. p. i.	20.2	10.3	Vr. B. K.	24	II	—	S.	7
28	30	9.3	18.3	1.4	Vr. O. R.	41	IX	—	Vt. + voorl. n. str.	2 v.
29	47	28.5 i. p. i.	28.5	15.6	Vr. H. B.	25	III	—	S.	2 v.
30	48	29.5	30.5	4 6	Vr. R. S.	39	IX	—	Dwl.	4
31	53	15.6 i. p. i.	15.6	5.7	Vr. H. H.	41	II	—	S. / St.	hand
32	79	14.8	15.8	9.9	Vr. V. S.	32	IV	—	S.	2 v.
33	103	12.11	17.11	10.12	Vr. S. V.	37	XIII	—	Dwl.	
34	'11-43	22.5 p. p. i.	22.5	12.6	Vr. B. B.	28	III	—	S.	3 v.
35	59	6.7	6.7	21.7	Vr. B. M.	32	VIII	—	S.	?
36	62	23.7	26.7	12.8	Vr. Z. R.	27	III	—	Afgew. S.	6 à 7
37	96	6.12 i. p. i.	6.12	23.12	Vr. B. H.	47	IX	Lux. B.	Dwl.	5
38	'12-12	29.12	29.1	16.2	Vr. D. J.	28	V	—	S.	4—5
39	13	5.2 i. p. i.	6.2	22.2	Vr. H. L.	37	II	—	S.	4—5
40	20	18.2 i. p. i.	19.2	5.3	Vr. W. N.	38	VII	—	Dwl.	7
41	38	17.4 i. p. i.	17.4	6.5	Vr. G. W.	33	V	—	S.	1 v
42	40	16.4	18.4	24.6	Vr. B. L.	40	V	—	S.	4
43	43	24.4	25.4	10.5	Vr. N. D.	20	II	—	S.	volk
44	45	23.4	28.4	1.6	Vr. R. v. d. L.	31	IV	—	S.	6
45	46	2.5 i. p. i.	2.5	18.5	Vr. K. K.	23	III	—	S. / S.	> 7
46	51	9.5 i. p. i.	9.5	24.5	Vr. M. J.	39	X	—	S.	6
47	55	11.5	21.5	5.6	Vr. W. v. D.	34	X	—	Gem. St.	6
48	75	17.8	17.8	31.8	Vr. R. B.	28	I	Alg. V. B.	S.	2 v.
49	81	2.9	6.9	12.10	Vr. J. v. d. T.	36	VI	—	S.	3
50	91	13.10	15.10	28.10	Vr. D. D.	41	II	—	Afgew. S.	> 2
51	101	1.11 i. p. i.	2.11	2.11	Vr. H. B.	29	VI	—	Vt. / Vt.	2 v.
52	113	25.12	28.12	13.1	Vr. de T. de J.	40	V	—	Dwl. (Vt)	7
53	114	28.12	28.12	13.1	Vr. F. v. d. L.	30	V	—	S.	7

Br. H. + E.	v.	35	730	+	l.	p. p. t.	Temp. bij ink. 38.7 Getamponneerd. 1 × koude rilling.
V. + E.	v.	?	3050	+	l.	p. p. l.	Tamp. a. p. Eerste dagen lichte verhooging.
V. + E.	m.	45	2650	+	l.	p. p. l.	
E.	m.	33	909	++	l.	p. p. l.	Cervix tamp. Plac. man. verw.
Br. H. + E.	m.	42	2150	l.	l.	p. p. t.	Tamp. a. p. Kleine cervix scheur r.
V. + E.	v.	40	1800	+	l.	p. p. t.	Kind 7 d. p. p. +. Tamponnade a. p.
V. + E. na dil. E.	m. 42 / v. 40	1560 / 1520	+ / +	l.	p. p. t.	Moeder multiple selerose. Debiel. Decubitis.
Br. H. + E.	m.	51	3620	+	l.	p. p. t.	Kleine cervix scheur. Collaps Intr. ut. tamp. Tamponnade a. p.
S. C.	m.	47	3400	l.	l.	p. p. t.	
Br. H.	m.	?	2460	+	l.	p. p. c.	P. P. S. + vag. tamp. Cervixscheur. Ut. vag. tamp. Temp. 39.2.
Sp. p.	v.	52	3650	l.	l.	p. p. m.	
V. + E. acc. forcé.	m.	53	3710	l.	l.	p. p. c.	Cervix scheur. ut. tamp. Temp. 38.2.
Metr.	m.	43	2000	+	l.	p. p. m.	Fo. nak. h. Ut. vag. tamp.
Metr. V. + E.	m.	50	3200	l.	l.	p. p. l.	
Metr. V. + E.	m.	50	2600	+	l.	p. p. l.	Getamp. in gestuurd.
V. + E.	m.	54	4300	+	l.	p. p. l.	Getamp. in gestuurd.
Metr. Fo. h.	m.	51	3780	l.	l.	p. p. p.	Prol. fun. Cervix scheur. Hecht. Tamp. p. p.
Metr. V. + E.	v.	49	3100	l.	l.	p. p. p.	Man. verw. plac. Ut. vag. tamp. Phlegm. alb. dol. Temp. verh. — 40.5.
Sp. p.	m.	47	2730	+	l.	p. p. m.	Kind 12 d. p. p. + Broncho. pneum.
V. + E. acc. forcé.	m.	50	3320	l.	l.	p. p. p.	Cervix scheur. Temp. 38.5. Getamp. in gest.
K. bl. Sp. p. / Sp. p.	m. 45 / v. 43	2060 / 1790	+ / l.	l.	p. p. m.	Jongen na 1 dag +
V. + E. acc. forcé.	v.	51	3220	l.	l.	p. p. t.	
Man. dil. Vt. afh. + E.	v.	43	1910	+	l.	p. p. t.	
Metr. Sp. p.	v.	53	2800	l.	l.	p. p. m.	Pseudo plac. praev. Tamp. a. p.
Metr. V. + E.	m.	49	2960	l.	l.	p. p. m.	Kleine cerv. scheur. Thrombose l. b. Tamp. a. p. Temp. 39.
Br. H. + E.	m.	51	3150	+	l.	p. p. t.	Tamp. a. p.
E. na br. vl. E.	m. 37 / m. 34	1430 / 1100	+ / +	+	p. p. p.	Tamp. a. p. + 1 u. 20 na de partus. Atonie v. d. uterus. Bij binnenkomst erg anaemisch.
V. + E. na dil.	m.	50	3050	l.	l.	p. p. p.	
Vl. br. Sp. p.	v.	48	2880	l.	l.	p. p. m.	Eenmaal temp. 38.2.

54	'13-9	17.1 i. p. i.	17.1	8.2	Vr. D. L.	24	II	—	Afg. S.	5
55	10	24.1 i. p. i.	24.1	10.2	Vr. V. B.	22	II	—	S.	4
56	14	21.1	3.2	21.2	Vr. P. H.	30	III	—	Vt.	7
57	24	7.3	15.3	1.4	Vr. V. L.	36	VI	—	S.	7
58	31	19.4 i. p. i.	19.4	24.5	Vr. B. G.	34	IV	—	S.	7
59	33	25.4 i. p. i.	25.4	16 5	Vr. K. K.	24	IV	—	S.	6
60	34	28.4 i. p. i.	29.4	16.5	Vr. N. v. d. V.	37	IV	—	S.	?
61	35	7.5	31.5	18.7	Vr. v. d. T. D.	24	I	—	S.	?
62	47	2.7 i. p. i.	2.7	15.8	Vr. H. T.	35	VIII	—	S. S.	volk
63	57	30.7	2.8	30.8	Vr. B. W.	34	VII	—	S.	2 à
64	66	4.9 i. p. i.	4.9	20.9	Vr. D. E.	43	XIII	—	S	2 v
65	68	17.9 i. p. i.	18.9	3.10	Vr. B. B.	30	IV	—	S.	7
66	70	23.9 i. p. i.	23.9	15.10	Vr. G. K.	34	VII	—	S.	6
67	82	1.11 i. p. i.	1.11	15.11	Va. S. S.	31	II	—	Dwl.	5 à
68	86	25.11 i. p. i.	26.11	15.12	Vr. v. D. N.	29	V	—	Dwl.	6 à
69	88	29.11 i. p. i.	29.11	6.2	Vr. C. T.	29	V	—	S.	6 à
70	'14-45	24.2	9.4	9.4	Vr. B. S.	40	II	—	Afgew. S.	5 à
71	40	8.4	9.4	24.4	Vr. W. D.	34	VIII	—	Vt.	7
72	49	10.4	13.4	14.4	Vr. H. B.	22	I	—	S.	1 v
73	73	29.4	22.6	10.7	Vr. D. v. E.	23	II	—	S.	5
74	74	23.4	23.6	11.7	Vr. B. H.	24	III	—	Dwl.	6
75	87	13.6	19.8	4.9	Vr. J. de J.	31	I	Pl. vern. C. D. 10.8	S.	—
76	97	23.9	24.9	9.10	Vr. B. B.	35	IV	—	S.	6
77	101	25.9	2.10	19.10	Vr. v. D. W.	31	IV	—	S.	4
78	115	23.10	23.10	9.11	Vr. W. K.	34	IV	—	Dwl.	6
79	116	17.9	25.10	16.11	Vr. B. B.	36	V	–	S	4
80	144	12.12	12.12	28.12	Vr. t. K. W.	29	III	—	S.	8 à
81	146	30.11	15 12	31.12	Vr. K. de B.	33	IX	—	S.	4
82	124	4.19 i. p. i.	7.11	2.12	Vr. L. R.	41	VIII	—	Afgew. S.	2 v

V. + E.	m.	47	2240	+	l.	p. p. t.	Tamp. a. p. Temp. tot 39.1. Patient hoest. Lochiën geen bijzonders.
Metr. V. + E.	v.	47	2550	l.	l.	p. p t.	Tamp. a. p. Cervix scheur. Hechting Ut. vag. tamp. Temp. tot 38.5.
E.	m.	44	2050	l.	l.	p. p. p.	
V. + E.	v.	49	2600	l.	l.	p. p. p.	Tamp. a. p.
V. + E.	m.	47	2950	+	l.	p. p. p.	Tamp. a. p. Temp. tot 40. Koude rilling. Pijnlijke borsten.
V. + E.	m.	50	3100	l.	l.	p. p. t.	Cervix scheur. Hechting. Ut. vag. tamp. Tamp. a. p.
Sp. p.	v.	50	2730	l.	l.	p. p. m.	
Sp. p.	m.	52	3380	+	l.	p. p. l.	Nephr. grav. Temp. tot 39.5 Absces i. d. vaginaalwand.
V. + E.	m.	43	2510	l.	l.	p. p. p.	Phlegm. alb. dol. Temp. 40.2.
V. + E.	v.	44	2470	l.			
Metr. V. + E.	m.	55	4920	+	l.	p. p. p.	Temp. 38.6.
Metr. V. + E.	m.	51	3550	l.	l.	p. p. p.	
Vl. br. Sp. p.	v.	56	4000	+	l.	p. p. m.	Kind verbloed uit navelvat.
V. + E.	m.	50	3460	l.	l.	p. p. t.	Cervix scheur. Ut. vag. tamp. Tamp. a. p.
V. + E.	m.	52	3400	l.	l.	p. p. t.	
V. + E.	m	53	4230	+	l.	p. p. t.	Tamp. a. p. 1 × temp. 38.5.
V. + E.	m.	47	2950	l.	l.	p p. t.	Phleg. alb. dol. Temp. dol. Temp. tot 40.
Bl. H. + E.	m.		3400	+	+	p. p. t.	Collaps p. p. Kind 2 d. p.p. + Cerv. sch. Ut. getamp. Ruim 2 uur p. p. +
E.	m.	26	1000	++	l.	p. p. l.	Prol. fun. Kind gemac.
Metr. V. + E.	v.	38	1520	+	+	p. p. t.	Verbl. 14 uur p.p. Man verw. plac.
V. + E. Inc. cerv.	m.	53	3500	l.	l.	p. p. m.	Tamp. a. p. Temp. 38.4.
V. + E.	m.	47	2900	l.	l.	p. p. t.	
Sp. p.	?	50	3300	l.	l.	p. p. m.	
V. + E.	m.	54	3600	+	l.	p. p. t.	
V. + E. na dil	v.	48	2260	l.	l.	p. p. t.	
V. + E.	m.	50	3000	+	l.	p. p. t.	
Vl. br. Sp. p	v.	49	2800	l.	l.	p. p. p.	Vl. bl. bij 4 c.m. ontsl. Thrombophlebitis gangraen l. o.b. Temp. 39.8.
V. + E.	m.	46	2450	l.	l.	p. p. m.	amputatie v.h. onderbeen op de chirurgie. Ontslag 19.II.
Vl. br. Sp. p.	m.	51	3900	l.	l.	p. p. l.	
Metr. V. + E.	m.	49	2860	l.	l.	p. p. l.	Getampon. ingestuurd. Temp. 39.

83	'15-18	28.1	30.1	19.2	Vr. v. D. K.	37	X	—	S.	3
84	49	23.3	25.3	9.4	Vr. N. T.	32	VIII	—	Vt. + uitgez. navelstreng	7
85	50	25.3	26.3	12.4	Vr. E. M.	34	VIII	—	Dwl.	> 7
86	72	16.4	7.5	22.5	Vr. G. C.	27	IV	—	S.	—
87	91	14.6	4.7	19.7	Vr. L. S.	42	II	p. v. B. C. d. 10.5	Dwl.	2 v
88	96	17.7	17.7	2.8	Vr. L. L.	28	II	—	Afgew. S.	4
89	100	i. p. i. 17.6	3.8	19.8	Vr. L. D.	40	II	—	Dwl.	8
90	109	20.8	29.8	15.9	Vr. D. P.	22	I	—	S.	7
91	126	4.10	4.10	20.10	Vr. K. J.	38	XII	—	Afgew. S.	3
92	123	i. p. i. 29.9	27.9	11.10	Vr. D. de V.	39	III	—	S.	2½
93	139	21.11	21.11	7.12	Vr. D. L.	38	VIII	—	S.	—
94	148	i. p. i. 24.11	30.11	16.12	Vr. B. S.	42	III	p. v. B. C. d. 10.5	Vt.	8
95	155	28.12	28.12	29.12	Vr. R. W.	33	VIII	—	S.	4
96	158	i. p. i. 29.12	29.12	3 3	Vr. G. de G.	27	I	—		
97	128	12.9	8.10	25.10	Vr. v. d. K. v. d. S.	31	III	—	S. Vt.	4 —
98	145	22.11	29.11	9 × 11	Vr. R. W.	27	III	—	St.	4
99	16	24.1	9.12	17.2	Vr. K. H.	32	VIII	—	St.	7
100	'16-24	29.1	18.2	5.3	Vr. L. O.	40	IV	—	S.	—
101	28	17.2	5.3	20.3	Vr. V. W.	40	XVI	—	Dwl.	7
102	63	15.5	15.5	3.6	Vr. S. S.	24	I	—	Vt.	½ ha
103	60	3.5	10.5	27.5	Vr. B. P.	43	VII	Lux. B.	S.	7
104	72	4.6	4.6	19.6	Vr. de L.-P.	36	XIII	—	Dwl.	8
105	76	i. p. i. 30.6 i. p. i.	30.6	16.7	Vr. F. G.	36	IV	—	Vt.	?
106	82	16.7	17.7		Vr. F. S.	37	IV	-	S.	4
107	101	i. p. i. 14 8	4.9	22.9	Vr. D. O.	38	VII	—	St. Dwl.	
108	123	20.10	20.10	6.11	Vr. v. d. E. K.	31	V	—	S.	6
109	148	i. p. i. 12.11	2.2	18.12	Vr. K. S.	43	II	—	Dwl.	5
110	154	16.12 i. p. i.	16.12	13.1	Vr. B. O.	39	VII	—	S.	7

Metr. V. + E.	m.	52	3800	+	l.	p. p. t.	Kind + 10 u. p p. Verbloeding uit navelstrengvat. Ut. tamp.
Vl. br. E.	m.	50	3800	l.	l.	p. p. m.	Hydramnion.
V. + E.	v.	45	2490	l.	l.	p. p. l.	
Sp. p.	m.	51	3400	l.	l.	p. p. m.	Vruchtwater 3 d. a. p. afgeloopen.
Br. H. + E.	v.	54	4200	+	l.	p. p. l.	
Br. H. + E.	m.	48	2450	+	l.	p. p. l.	Ut. tamp. Tamp. a. p.
V. + E.	m.	51	3570	l.	l.	p. p. l.	
V. + E.	m	50	3020	+	l.	p. p. p.	Ut. vag. tamp. Temp. 38 8.
Br. H. + E.	m.	46	2420	l.	l.	p. p. p.	
Br. H. + E.	v.	48	2430	+	l.	p. p. t.	
Sp. p.	m.	51	3590	l.	l.	p. p. m.	
Vl. br. + E.	m.	51	2950	+	l.	p. p. p.	Voor E. slechte harttonen.
S. C.	m	52	4000	+	+	p. p. l.	In slechte alg. toestand bij binnenkomst. + peritonitis.
S. C. + amp. ut.	m.	50	2720	+ +	l.	p. p. t.	Thrombose l. v. femoralis.
Vl. br. Sp. p.	v.	49	2920	l.	l.		Kind rigor mortis
E.	v.	45	2240	l.	l.	p. p. l.	Tweeiige tweeling. Groote placenta.
E.	m.	53	3250	+	+	p. p. t.	Cervix scheur. Hechting. Vag. tamp. Pyaemie. Temp. 39.5.
Vl. br.	v.	35	790	+	l.	p. p. m.	Cervix tamp. a. p. Chron. nephr.
Sp. p.	m.	47	2380	l.	l.	p. p. m.	Na part psych. emotie. Temp. 38.7.
V. + E.	m.	38	1150	l.	l.	p. p. m.	
Vt. afh. E. bij volk. ontsl.	v.	49	2400	+	l.	p. p. p.	
V. + E.	v.	52	3450	l.	l.	p. p. p.	Ut. tamp.
V. + E.	m.	50	2940	l.	l.	p. p. p.	Ut. tamp.
E.	m.	57	4500	+ +	l.	p. p. l.	Thuis voet afgehaald. In de kliniek E. Ut. vag. tamp. Subphr. Absces. Geopend op de chirurgie. Ontslag 17 Sept.
Vl. br. Sp. p.	v.	49	2840	l.	l.	p. p. m.	
Vl. br.	v.	46	3210	l.	l.	p. p. m.	Man. verw. plac.
V. + E.	m.	49	2970	l.			
V. + E.	m.	?	2600	+	l.	p. p. t.	Ut. tamp. Temp. 40. Tamp. a. p.
Br. H. + E. inc. cervix	v.	52	4000	l.	l.	p. p. t.	Cervix scheur. Ut. vag. tamp.
V. pft.	m.	55	4100	+ +	l.	p. p. l.	Na de V. kind spont. geb.

111	'17-6	15.1 i. p. i.	15.1	31.1	Vr. v. B. W.	46	VII	—	Vt.	—
112	36	17.2	25.3	21.4	Vr. N. B.	24	VI	—	S.	
113	44	21.4 i. p. i.	21.4	21.4	Vr. H. B.	40	V	—	S.	voll
114	67	23 5 i. p. i.	23.5	14.6	Vr. R. W.	34	V	—	S.	
115	81	4.6	17.6	17.6	Vr. K. M.	26	VI	—	S.	4
116	88	6.7 i. p. i.	6.7	26.7	Vr. V. M.	24	I	—	S. Prol. fun.	4
117	93	14.7 i. p. i.	14 7	6.8	Vr. O. T.	42	V	—		
118	100	30.7 i. p. i.	30.7	1.9	Vr. N. A.	38	VI	—	Dwl.	5
119	112	10.8	6.9	21.9	Vr. H. V.	28	VII	—	Afgew. S.	?
120	122	4.10 i. p. i.	4.10	26.10	Vr. K. L.	28	II	—		3
121	'18-5	7.10	4.1	19.1	Vr. de H. B.	32	IV	Plat. C. d. 11.5	S.	?
122	23	19.2 i. p. i.	19.2	19.3	Vr. H. D.	35	VI	—	St.	
123	28	25.2 i. p. i.	26.2	12.3	Vr. B. O.	23	III	—	S. prol. fun.	8
124	35	12.2	8.3	27.3	Vr. M. M.	32	IV	Alg. V. B.	St.	
125	44	28.3 i. p. i.	28.3	13.4	Vr. P. P.	41	VI	—	S.	7 à
126	48	9.4 i. p. i.	9.4	4 5	Vr. T. B.	33	VIII	—	Dwl.	7
127	61	3.5 i. p. i.	3.5	18.5	Vr. B.	33	XI	—	S. St.	7
128	93	10.7 i. p. i.	10.7	1.8	Vr. H. S.	40	VIII	—	S.	
129	104	26.7	26.7	15.8	Vr. H. D.	31	III	—	S.	
130	112	1.8	22.8	5.9	Vr. D. V.	41	II	—	S.	5
131	114	27.8 i. p. i.	27.8	1.9	Vr. S. S.	39	X	—	S.	
132	115	28.8	28.8	5.10	Vr. K. H.	34	X	—	S.	
133	116	29.8 i. p i.	29.8	14.9	Vr v. d. V. B.	30	I	—	S.	3
134	126	17.9	19.9	4 10	Vr. H. B.	37	VI	—	S.	
135	149	29.10 i. p. i.	29.10	19.11	Vr. D. B.	43	XIII	Licht A. V.	S.	han
136	151	31.10	31.10	19.11	Vr. A. B.	39	X	—	S.	4
137	168	26.11	3.12	16.1	Vr. B. H.	41	VII	—	St.	5
138	64	5.5	5.5	20.5	Vr. H. H.	41	I	—	Afgew. S.	voll

Sp. p.	v.	38	1480	++	l.	p. p. c.	Prol. plac.
S. C.	v.	51	3350	l.	l.	p. p. t.	Thrombophlebitis.
Fo.	v.	54	4690	++	+	p. p. t.	Verbloeding 2 u. p. p. Man. verw. plac.
S. C.	v.	47	3030	l.	l.	p. p. t.	
V. + E. na dil.	v.	50	3200	+	+	p. p. l.	Part. Inversio Uteri. Ut. tamp. Moeder p. p. +
Br. vl.	v.	49	2560	++	l.	p. p. p.	
S. C.	v	51	3550	+	l.	p. p. l.	
V. + E.	v.	48	3000	l.	l.	p. p. t.	Tamp. a. p. Ut. vag. tamp. Temp. 39.
Br. H. + E. pit.	v.	50	2450	+	l.	p. p. p.	1 × Temp. 38.5.
S. C.	v.	50	3050	l.	l.	p. p. t.	
Vl. br.	v.	52	3670	l.	l.	p. p. m.	
S. C.	m.	47	2370	l.	l.	p. p. c.	
V. + E.	v.	54	3290	+	l.	p. p. m.	Stukje plac. man. verw.
Sp. p.	m.	42	1900	l.	l.	p. p. m.	
V + E.	m.	54	4160	+	l.	p. p. p.	
V. + E.	v.	51	3250	+	l.	p. p. m.	Tamp. a. p.
V. + E.	m.	49	2970	l.	l.	p. p. l.	Placenta van beide kinderen geboren na 't eerste kind.
E.	m.	49	2820	l.			
S. C.	v.	51	2950	l.	l.	p. p. c.	
S. C.	v.	52	3600	l.	l.	p. p. c.	
V. + E	m.	47	2470	+	l.	p. p. l.	
S. C.	v.	50	3200	l.	+	p. p. c.	Sepsis.
S. C.	v.	52	3820	l.	l.	p. p. c.	Phleg. alb. dol.
V. + E. na dil.	v.	44	2130	+	l.	p. p. t.	Tamp. a. p.
Sp. p.	v.	49	3420	l.	l.	p. p. l.	
V. + E.	m	51	3100	+	l.	p. p. l.	Ut. tampon.
Br. H. + E.	v.	47	2200	l.	l.	p. p. l.	
E.	v.	51	3430	l.	l.	p. p. l.	
V. + E.	v.	42	2390	l.	l.	p. p. l.	Tamp. a. p.

139	'19-16	22.1 i. p. i.	22.1	24.2	Vr. de. B. H.	36	V	—	?	ger
140	24	26.1	10.2	25.2	Vr. J. W.	29	VII	—	S.	7
141	29	15.2	22.2	2.5	Vr. H. T.	29	III	—	S.	7
142	40	27 3	27.3	15.4	Vr H. B.	25	I	A. V. B.	S.	5
143	65	i. p i. 21.5	27.5	11.6	Vr. S. K.	28	II	—	Dwl.	7 à
144	73	8.6 i. p. i.	8.6	27.6	Vr. M. de V.	40	IV	—	S.	6 à
145	74	9.6 i. p. i.	10.6	27.6	Vr. D. v. d. W.	27	I	—	S.	—
146	77	14 6	14.6	28.6	Vr. M. H.	28	II	—	S.	7
147	87	26 6	30.6	4.10	Vr. v. d. L. D.	33	IV	—	S.	vol
148	95	17.5	11.7	26.7	Vr. P S.	41	VI	—	S.	—
149	96	10.7 i. p. i.	11.7	31.7	Vr. D. d. H.	25	III	—	S.	2
150	110	7.8 i. p. i.	8.8	8.8	Vr B. K.	39	XI	—	Afgew. S.	4
151	119	7 9 i. p. i.	7.9	30.9	Vr. H. G.	42	VII	—	Afgew. S.	2
152	121	31.7	9.9	29.9	Vr. D. V.	42	XI	—	S.	5
153	140	22.10 i. p. i.	22.10	14.4	Vr. K. B.	40	XIII	—	Dwl.	3
154	143	28.10 i. p. i.	28.10	2.2	Vr. M. R.	37	VII	—	S.	4.2
155	147	1.9 i. p. i.	1.9	24.9	Vr. L. B.	28	II	—	S.	—
156	161	25.11	5.12	22.12	Vr. L. H.	37	V	Pl. V.	Dwl.	han
157	174	17.12	18.12	3.1	Vr. B. S.	36	VIII	—	S.	—
158	170	15.12	15.12	31.1	Vr. L.	38	VI	-	S.	3
159	'20-4	3.1	5.1	2.5	Vr. v. d. H. v. d. M.	38	IX	-	Dwl.	5
160	6	5.1 i. p. i.	6.1	2.2	Vr. B. v. d. L.	36	V	—	S.	6 à
161	23	6.2 i. p. i.	6.2	27.2	Vr. D. P.	42	V	—	S.	2
162	43	23 3 i. p. i.	23.2	19.3	Vr. B. M.	32	III	—	?	gee
163	70	23.3	27.3	12.4	Vr. N. K.	41	VI	—	Dwl.	5
164	74	27 3	1.4	17.4	Vr. O. de V.	33	VIII	—	Afgew. S.	5
165	83	31.3	12.4	27.4	Vr. de H. N.	27	VI	—	S.	5
166	93	26.4 i. p. i.	26.4	12.5	Vr. v. d. W. D.	37	VII	—	Dwl.	6—
167	110	1.5	23.5	2.8	Mej. W. K.	40	V	—	Dwl.	ruim

S. C.	m.	?	3450	l.	l.	p. p. t.	
. + E	v.	51	2235	+	l.	p. p. p.	
. + E.	m.	?	2500	l.	l.	p. p. t.	Thrombose l. b. Temp. 39.8.
S. C.	v.	?	2420	+	l.	p. p. t.	Kind 3 d. p. p. +
. + E.	v.	52	3280	l.	l.	p. p. m.	
. + E.	v.	47	3470	l.	l.	p. p. l.	Tamp. a. p. Cervix scheur. Hechting, 1 × Temp. 38.3. Man. verw. plac.
p. p.	m.	47	2870	l.	l.	p. p. m.	
. + E.	v.	49	2750	+ +	+	p. p. p.	Tamp. a. p. Temp. 41.8. Sepsis.
. + E	m.	53	3850	+	l.	p. p. l.	Parametritis. Temp. 38.6.
p. p.	v.	51	4440	l.	l.	p. p. l.	Man. verw. plac.
r. H. + E.	v.	34	750	+ +	l.	p. p. t.	Man. verw. plac. Ut. vag. tamp.
Achterlip ingekn. + E.	m.	45	2900	l.	+	p. p. t.	Cervix scheur door 't inbrengen v.d. hand in den uterus. Hechting. Ut. Vag. tamp. 3 u. p. p. +. Tampon doorbloed.
S. C.	?	?	3200	+ +	l.	?	
l. br.	v.	50	4160	l.	l.	p. p. l.	
S. C. met resectie tubae.	m.	47	2700	l.	l.	?	Tamp. a p.
letr. V. + E. na dil.	v.	48	2450	+ +	l.	p. p. l.	Br. H. mislukt. Dil. metr. Cranioclasie V. + E.
S. C.	v.	?	3600	l.	l.	p. p. l.	
. + E.	v.	47	2650	+	l.	p. p. m.	
p. partus.	m.	51	3920	l.	l.	p. p. m.	
r. H. Sp. p.	v.	30	810	+	l.	p. p. p.	Tamp. a. p. Man. verw. plac. Temp. 39.8.
r. H.	v.	45	2170	+	l.	p. p. t.	
S. C.	m.	48	3800	l.	l.	p. p. m.	
S. C.	m.	46	2790	l.	l.	p p. t.	
S. C.	v	50	3450	l.	l.	?	
r. H. + E.	m.	49	3050	l.	l	p. p. t.	Cerv. scheur. Hechting.
r. H. + E.	v.	45	1880	+	l.	p. p. p.	
r. H. + E.	m.	49	3580	l.	l.	p. p. p.	
. + E.	v.	48	2840	+	l.	p. p. t.	
. + E.	v.	?	2810	+	l.	p. p. l.	Thrombose. Temp. tot 40.5.

168	'20-121	26.6	26.6	10.7	Vr. W. M.	35	VII	—	Dwl.	
169	144	4.8	4.8	25.8	Vr. ter V. B.	43	X	—	S.	3-
170	151	i. p. i. 15.8	15.8	30.8	Vr. de L. O	40	XIII	—	S.	-
171	153	i. p. i. 18.8	18.8	4.9	Vr. H. J.	38	XI	—	S. S.	vo
172	157	24.8	24.8	7.9	Vr. D. K.	36	X	—	S.	5
173	165	i. p. i. 4.9	4.9	4.9	Vr. F. K.	33	II	C. d. 10.5	Afgew. S.	
174	206	i. p. i. 25.10	25.10	25.3	Vr. B. K.	30	III	—	S.	8
175	207	26.10	26.10	12.11	Vr. K. J.	40	VIII	—	S. 2	-
176	'21-9	16.1	19.1		Vr. H. P.	38	VI	—	S.	ge
177	40	18.1	23.2	15.3	Vr. B. B.	30	V	—	S.	ger
178	109	28 5	1.6	18.6	Vr. J. O.	37	VI	—	Dwl.	5
179	141	17.7	28.7	12.8	Vr. A. K.	33	IX	—	S.	-
180	152	4.8	4.8	19.8	Vr. H. W.	37	VI	—	Dwl.	
181	161	i. p. i. 9.8	11.8	39	Vr. S. B.	40	XIII	—	—	
182	189	11.9	28.9	21.10	Vr. H. S.	31	VI	—	S.	ha
183	205	14.10	14.10	31.10	Vr. M. N.	41	VII	—	S.	
184	217	i. p. i. 4.11	4.11	19.11	Vr. B. S.	32	IV	—	St.	
185	221	i. p. i. 5.11	11.11	26.11	Vr. T. O.	43	VI	—	Dwl.	5
186	298	23.12	23.12	12.1	Vr. W. A.	44	VII	—	Vt. prol. fun.	5
187	253	i. p. i. 20.12	25.12	9.2	Vr. B. E.	26	II	—	S.	
188	'22-23	29.1	2.2	17.2	Vr. S. W.	37	IV	—	S.	
189	33	30.12	18.2	20.3	Vr. S. v. H.	27	III	—	Dwl.	
190	39	12.2	27.2	21.3	Vr. B. B.	36	XI	—	Dwl.	-
191	62	27.3	3.4	21.4	Vr. O. N.	23	II	—	S.	2
192	64	3.4	5.4	18.4	Vr. K. J.	29	III	—	Dwl. (Vt.)	3-
193	85	i. p. i. 3.5	22.4	13.5	Vr. K. P.	42	XIV	—	S.	
194	97	6.5	6.5	23.5	Vr. v. d. T. B.	35	II	—	Vt.	6
195	125	i. p. i. 19 6	20.6	22.7	Vr. B. B.	41	XIV	—	S.	-
196	128	i. p. i. 29.6	1.7	21.7	Vr. J. R.	26	V	—	S.	-

r. H. . . . E.	m.		3590	+	l.	p. p. p.	
S. C.	v.	50	3380	l.	l.	p. p. t.	
ɔ. p.	v.	47	2800	++	l.	p. p. m.	Temp. dag v. d. partus 38.2.
. + E.	v.	49	2920	l.	l.	p. p. l.	
. + E.	m.	48	2610	l.			
. br. pit.	m.	52	3200	+	l.	p. p. m.	Tamp. a. p. Kind + door omstrengeling.
. + E.	v.	49	3130	l.	+	p. p. t.	Tamp. a. p. kleine cervix scheur. Hechting + $2^1/_2$ u. p. p.
. + E.	m.	46	2320	+	l.	p. p. m.	Thrombophl. Cervixscheur. Hechting.
ɔ. p	v.	50	3710	l	l.	p. p. m.	Eenmaal temp. 38.3.
S. C.	m.	49	2820	l.	l.	p. p. p.	
etr. V. + E.	m.	—	3150	+	l.	p. p. m.	Tetan. uteri.
, H. + E.	m.	—	2300	+	l.	p. p. p.	Temp. tot 38.3
ɔ. p.	m.	—	2170	l.	l.	p. p. m	
. + E.	v.	54	4390	+	l.	p. p. l.	Man. verw. plac.
S. C.	m.	49	3900	l.	l.	?	
. + E.	v.	—	2750	l.	l.	p. p. m.	1 × Temp. tot 39.8.
ɔ. p.	m.	48	2170	l.	l.	p. p. m.	
oet afhalen E.	m.	55	4350	l.	l.	p. p. m.	
. + E.	v.	47	2700	l.	l.	p. p. t.	Collaps p. p.
	m.	—	2880	++	l.	p. p. l.	Gebraakt. Temp. 39.5. l.
S. C.		38	1660	l.	l.	p. p. l.	
. + E.	v.	50	2950	+	l.	p. p. l.	Cervix scheur. Hechting.
S. C. (Amp. Ut.)	v.	51	3600	l	l.	p. p. c.	Plac. insitu i. d. ut.
S. C.	v.	50	3450	l.	l.	p. p. l.	
C. V.	m.	49	3450	l.	l	p. p. l.	Ut. Vag. tampon. Metr. mislukt.
	m.	39	1650	++	l.	p. p. m.	
S. C. (Amp. Ut.)	m.	51	4520	l.	l.	p. p l.	
l. br. E.	m.	40	1480	++	l.	p. p. m.	Tamp. a. p. Temp. tot 39.3
S. C. (Amp. Ut.)	m.	48	2630	l.	l.	p. p. l.	
S. C.	m,	49	3100	+	l.	p. p. l.	

197	'22-141	28.6	22.7	12.8	Vr. B. de B.	24	I	—	S.
198	142	27.7	28.7	18.8	Vr. T. T.	39	X	—	S.
199	165	4.9 i. p. i.	4.9	18.9	Vr. H. Z.	21	I	—	S.
200	'23-30	9.2	11.2	16.2	Vr. v. d. M. H.	26	II	—	S.
201	71	7.4	8.4	28.4	Vr. v. d. W. P.	35	VII	—	S.
202	72	8.4	8.4	18.4	Vr. H. W.	43	XI	—	Vt.
203	82	13.7	17.4	9.5	Vr. de B. W.	28	III	—	S.
204	111	12.5	22.5	22.5	Vr. D. H.	38	XI	—	S.
205	112	25.5	25.5	11.7	Vr. B. S.	35	III	—	S.
206	114	29.5	29.5	23.6	Vr. B. ten K.	32	II	—	S.
207	131	9.6	18.6	7.7	Vr. H. G.	41	V	—	S.
208	163	19.7	23.7	13.8	Vr. B. de J.	35	IV	—	S.
209	164	23.7	23.7	13.8	Vr. v. d. W. P.	35	III	—	S.
210	174	17.7	4.8	19.8	Vr. D.	43	X	—	S.

Kinderen met ++ waren voor de geboorte reeds dood.
Kinderen die bij 't ontslag van de moeder niet meer leefden zijn als + geteld.
Temperatuur boven 38°. (oksel) is alleen als verhooging aangegeven.
i. p. i. beteekent in partu ingestuurd.

S. C.	v.	48	3300	l.	l.	p. p. l.	Pyelitis.
Br. H.	v.	?	1270	+	l.	p. p. t.	Mitraal insuf. + mitr. sten. Decomp. Man. verw. plac. Temp. tot 38.1.
Vl. br.	m.	49	2800	l.	l.	p. p. l.	Pseudo plac. praev. Tamp. a. p.
Sp. p.	m.	52	4050	l.	l.	p. p. m.	
V. + E. na vl. br.	v.	46	2300	l.	l	p. p. p.	
E.	v.	40	1920	+ +	+	p. p. t.	Temp. 38.21. 10 dagen p.p. + embolus art. pulm.
S. C.	v.	44	2150	l.	l.	p. p. t.	
Vl. br.	m.	52	3700	+	+	p. p. m.	Moeder + 2 u. p. p. Voor de partus anaemisch.
dil. V. + E.	m.	47	2550	+ +	l.	p. p. p.	Tamp. a. p.
S. C.	m.		3300	l.	l.	p. p. t.	
Br. H.	m.	49	2910	l.	l.	p. p. p	Rechts cervix scheur. Hechting.
Metr. V. + E.	m.	48	2500	+	l.	p. p. c.	Ut. tamp. Temp. 38.4. Kind + verbloeding uit navelvaten.
S. C.	v.	46	2580	l.	l.	p. p. t.	
Br. H.		44	1950	+	l.	p. p. p.	

Jaar.	Totaal.				Sp. p.				Vl. br.				Br. H. (+ E)			
	M.		K.		M.		K.		M.		K.		M.		K.	
	l.	d.	l.	d.	l.	d.	l.	d.	l.	d.	l.	d.	l.	d.	l.	
1907	7		7													
1908	8			8	3			3					4			
1909	6	3	3	7	2		2						1			
1910	9		2	8									4		1	
1911	4		2	2	1		1						1			
1912	15	1	9	9	1			1	2		2	1	1	1		
1913	16		11	6	2		1	1	1			1				
1914	11	2	8	5	1		1		2		2			1		
1915	15	2	8	10	2		2		2		1	1	4	1	1	
1916	11		8	4	1		1		2		2		3		1	
1917	8	2	4	6	1			1	1			1	1			
1918	17	1	13	6	2		2		1		1		1		1	
1919	18	2	11	9	3		3		1		1		2			
1920	16	1	10	8	2		1	1	1			1	5		2	
1921	12		8	4	2		2						2		1	
1922	12		7	5					1		1		2			
1923	9	2	6	5	1		1			1		1	2		1	
	194	16	117	102	24		17	7	14	1	10	6	33	3	8	
mortaliteit		7,62 %		46,58 %		0 %		29,17 %		6,67 %		37,50 %		8,33 %		7

E bij ontsluiting kleiner dan 6 c.M. zijn gerekend bij de Br. H. Boven 6 c.M. bij V en

rschillende methoden.

Metr. (V + E)				V. + E. E. F o				S. C. V.				S. C.			
M.		K.		M.		K.		M.		K.		M.		K.	
.	d.	l.	d.	l.	d.	l.	d.	l.	d.	l.	d.	l.	d.	l.	d.
				4		4		2		2		1		1	
				1			1								
				3	3	1	6								
				4			5					1		1	
			1	1		1									
		4	2	5		3	2								
		2	1	10		8	3								
	1	1	1	7		4	3								
			1	5		4	2					1	1		2
				5		4	2								
				1	2	1	2					4		3	1
				9		4	6					4	1	5	
			1	6	2	4	4					5		3	2
				4	1	3	3					4		4	
			1	4		2	2					3		3	
				2			2	1		1		6		5	1
			1	2	1	1	2					3		3	
	1	7	9	73	9	44	45	3		3		32	2	28	6
	6,25 %		56,25 %		10,98 %		50,50 %		0 %		0 %		5,88 %		17,65 %

20	'09-69	2.9 i. p. i.	2.9	2.9	Vr. v. d. V.	38	XIII	—	S.	5
22	75	28.9	9.10	9.10	Vr. R.	37	V	—	S.	4
24	82	28.10 i. p. i.	28.10	28.10	Vr. L.	42	VIII	—	Afgew. S.	6
51	'12-101	1.11 i. p. i.	2 11	2.11	Vr. H. B.	29	VI	—	⎧ Vt. ⎩ Vt.	2
70	'14 45	24.2	9.4	9.4	Vr. B. S.	40	II	—	Afgew. S.	5 à
72	49	10.4	13.4	14.4	Vr. V. B.	22	I	—	S.	1
95	'15-155	28.12 i. p. i.	28.12	29.12	Vr. R. W.	33	VIII	—	S.	4
98	145	22.11	29.11	9.12	Vr. R. W.	27	III	—	St.	4
113	'17-44	21.4 i. p. i.	21.4	21.4	Vr. H. B.	40	V	—	S.	vol
115	81	4.6	17.6	17.6	Vr. K. W.	26	VI	—	S.	4
131	'18-114	27.8 i. p. i.	27.8	1.9	Vr. S. S.	39	X	—	S.	8
146	'19-77	14.6 i. p. i.	14.6	28.6	Vr. M. H.	28	II	—	S.	7
150	110	7.8 i. p. i.	8.8	8.8	Vr. B. K.	39	XI	—	Afgew. S.	4
173	'20-165	4.9 i. p. i.	4.9	4.9	Vr. F. K.	38	II	C. d. 10, 5	Afgew. S	7
202	'23-72	8.4 i. p. i.	8.4	18.4	Vr. H. W.	43	XI	—	Vt.	ruin
204	111	12.5	22.5	22.5	Vr. D. H.	38	XI	—	S.	5

. + E. na dil.	m.	49	3080	++	+	p. p. t.	Tamp. a. p. Anaemisch. 2 u. p. p. +. Verbloeding.
. + E. na dil.	m.	56	3680	+	+	p. p. t.	Tamp. a. p. Cervix scheur. 2 u. p. p. +. Verbloeding.
. + E.	m.	40	3150	+	+	p. p. t.	Anaemisch bij binnenkomst. Verbloeding 12 u. p. p. Kind fractuur 4⁰ halswervel.
E. na breken vliezen	m. m.	37 34	1430 1100	+ +	+	p. p p.	Tamp. a. p. 1.20 p. p. +. Atonie v. d. uterus. Bij inkomst erg anaemisch.
r. H. + E.	m.	?	3400	+	+	p. p. t.	Collaps p. p. Kind 2 d. p. p. +. Cerv. scheur. Ut. tamp. 2 u. p. p +.
Petr. V. + E.	v.	38	1520	+	+	p. p. t.	Verbloeding 14 u. p. p. Man. verw. plac.
S. C.	m.	52	4000	+	+	p. p. l.	In slechte algem. toestand ingestuurd. Peritonitis.
.	m.	53	3250	+	+	p. p. t.	Cervix scheur. Hechting. Vag. tamp. Pyaemie. Temp. 39.5.
o.	v.	54	4690	++	+	p. p. t.	Verbloeding 2 u. p. p. Man. verw. plac.
. + E na dil.	v.	50	3200	+	+	p. p. l.	Part. inv. ut. Ut. tamp. P. p. +.
S. C.	v.	50	3200	l.	+	p. p. c.	Sepsis.
. + E.	v.	49	2750	++	+	p. p. p.	Tamp. a. p. Temp. 41.8. Sepsis.
. + E.	m.	45	2900	l.	+	p. p. t.	Cervix scheur. door inbrengen v. hand in de ut. Hechting. Ut. vag. tamp. 3 u. p. p. +. Tamp. doorbloed.
. + E.	v.	49	3130	l.	+	p. p. t.	Tamp. a. p. Kleine cerv. scheur. Hechting 2½ u. p. p. +.
	v.	40	1920	+	+	p. p. t.	Temp. 38.2. 10 dagen p. p. +. Embolus art. pulm.
l. br.	m.	52	3700	+	+	p. p. m.	Moeder 2 u. p. p. +. Verbloeding. Voor part. anaemisch.

Uit het voorafgaande blijkt, dat er van de 210 gevallen 16 moeders zijn overleden (hiervan werden 10 in partu ingestuurd). Dit geeft een sterftecijfer van 7,62 %.

Van deze 16 zijn overleden:

11 aan verbloeding.	Therapie:	7 versie en extractie.
		2 Braxton-Hicks.
		1 metreuryse.
		1 vliezen breken.
4 aan infectie.	Therapie:	2 Sectio Caesaria.
		1 Braxton-Hicks.
		1 versie en extractie.
1 aan embolie.	Therapie:	1 versie en extractie.

Het grootste deel, 68.75 %, is dus toe te schrijven aan verbloeding.

25 % aan infectie en
6,25 % aan andere oorzaken.

Ellice Mac Donald [1]) geeft in een groote verzamel statistiek van 8625 gevallen een moederlijke mortaliteit van 7,22 % aan.

Hitschmann [2]) in een verzameling van 5116 gevallen een moederlijke mortaliteit van 7,6 %. Hiervan schrijft hij 4,8 % toe aan verbloeding, 1,8 aan infectie en 1 % aan andere oorzaken.

Het grootste gevaar waaraan dus patienten met placenta praevia blootgesteld zijn, is de kans op verbloeding. Gaan we dus nu het tijdperk na waarin de bloedingen het sterkst zijn.

VERBLOEDING.

We vinden dan bij de gevallen die in de Groningsche Vrouwenkliniek voorkwamen, het volgende:

No. 20 had 2 maanden voor de partus niet noemenswaardig gevloeid. Bij het begin van de partus begon ze heftig te vloeien. Ze werd getamponneerd ingestuurd met een kleine, frequente pols. Bij de partus weinig bloedverlies. De placenta werd spontaan geboren. De toestand

---

[1]) Surg. Gyn. and Obst.

[2]) Die Therapie der Placenta Praevia. Hitschmann.

blijft ook na de partus slecht en $1^1/_2$ uur p. p. succombeert ze. Sectie anaemie van alle organen. Endoc. valv. a. d. aortaklepp.

No. 22 begon 6 dagen voor de partus te vloeien. Bij het begin van de partus was ze niet anaemisch. Gedurende het begin van de ontsluiting veel bloedverlies. Na de versie weinig bloedverlies meer. De placenta wordt spontaan geboren. Direct na de partus is de toestand vrij goed. 3 uur p. p. collaps. Na de partus was er geen bloedverlies van beteekenis meer. Bij de sectie werd een kleine cervix scheur gevonden, die echter geen aanleiding tot groote bloeding kon hebben gegeven.

„ 24 heeft de laatste 14 dagen voor de partus iets gevloeid. Bij binnenkomst is de pols 125, geen sterke teekenen van anaemie. Achter de tampon enkele coagula. Bij het begin van de partus begint ze heftig te vloeien, bij de versie en extractie geen bloedverlies van beteekenis. De placenta wordt direct uitgedrukt. Geen nabloeding. 12 uur p. p. gesuccombeerd. De sectie toont een klein ruptuurtje in de achterlip aan. Alle organen zijn sterk anaemisch.

„ 52 had 14 dagen voor inkomst een heftige bloeding. Bij inkomst is patient anaemisch, pols 128, klein. Achter tampon groote coagula. Collaps voor de partus, is de reden dat ingegrepen wordt. Bij de ingreep weinig bloedverlies; de placenta wordt manueel verwijderd. Atonie van de uterus. Patient is dadelijk p.p. gesuccombeerd.

„ 71 had voor de partus weinig gevloeid. Wel had zij altijd een snelle pols. Bij het begin van de partus matig bloedverlies. Plotseling een collaps. Na de ingreep is er geen pols meer te voelen. De placenta wordt door druk verwijderd; de uterus getamponneerd. Kort na de partus succombeert ze. Er is een kleine cervix scheur geweest.

No. 73 had voor de partus weinig bloed verloren. Bij het begin der partus begon ze wat te vloeien en werd daarom getamponneerd. Gedurende de partus veel bloedverlies. Bij het inbrengen van de metreurynter staat de bloeding. Gedurende de keering vrij veel bloedverlies; de placenta moet manueel verwijderd worden. Ook hierbij sterke bloeding. Na de partus is er weinig bloedverlies meer. 14 uur p.p. succombeert patient.

„ 116 had voor de partus een matig bloedverlies. Thuis werd 2 maal een forcipale extractie geprobeerd, waarbij vrij veel bloedverlies. Bij inkomst is patient zeer anaemisch, pols 140 en onregelmatig. Bij de Fo. weinig bloedverlies. Placenta acreta, manueele verwijdering. De pols wordt steeds slechter en 2 uur p.p. succombeert patient.

„ 118 had voor de partus weinig bloedverlies. Bij het begin der partus plotseling een heftige bloeding. Patient collabeert. Tijdens de ingreep weinig bloedverlies. Na de geboorte van het kind een partieele inversie uteri. De placenta wordt gedeeltelijk buiten de vagina los gemaakt. Uterus tamponnade. De vrouw komt niet weer bij en sterft kort na de partus.

„ 153 had 3 dagen voor inkomst een bloeding gehad en was daarvoor getamponneerd. Bij inkomst vloeit patient niet en ziet er niet anaemisch uit. Bij het begin van de partus gaat de vrouw vloeien, zoodat er besloten wordt in te grijpen. De portio is zeer week, er ontstaat een ruptuur door het inbrengen van de hand. Bij de extractie weinig bloedverlies. De placenta wordt door druk verwijderd. Na de partus blijft patient vloeien. De cervix scheur wordt gehecht. Ook nu staat de bloeding niet. De uterus wordt getamponneerd. De tampon bloedt echter door en wordt verwisseld. 2½ uur p.p. succombeert patient.

„ 176 had voor de partus een flinke bloeding gehad. Bij inkomst licht anaemisch. Bij de versie wordt niet bij-

zonder veel bloed verloren. De placenta wordt uitgedrukt, een kleine cervixscheur wordt gehecht. De toestand van de vrouw blijft slecht. 2 Uur p p. succombeert patient.

No. 208 had een maand voor de partus geregeld iets gevloeid; ze zag er anaemisch uit. Voor het breken van de vliezen enkele kleine coagula. Gedurende de partus geen verder bloedverlies. De placenta wordt door geringe druk geboren. Patient vloeit niet meer, toch is de toestand slecht. 2 Uur p. p. succombeerd ze. Bij de sectie werd een algeheele anaemie gevonden.

Men kan dus hieruit zien, dat de bloeding meestal het sterkst is bij het begin van de ontsluiting. Na de kunsthulp is er gewoonlijk weinig bloeding meer. Alleen in die gevallen, waarin de placenta manueel moet worden verwijderd, krijgt men weer een extra bloedverlies.

Het is echter opmerkelijk hoe dikwijls men bij gevallen met doodelijke afloop een cervixscheur aantreft. In één geval was deze de directe aanleiding tot den dood.

Gewoonlijk treedt de dood enkele uren p. p. op, het geringe bloedverlies dat na de partus plaats heeft, schijnt hier dus wel te zijn de druppel die den beker doet overloopen.

Krönig zegt, dat het gevaar eerst begint na de geboorte van de placenta, daar het onderste uterussegment zich niet contraheert. Echter zou indien dit waar was, het stertecijfer bij placenta praevia veel hooger moeten zijn.

INFECTIE.

Bij vrouwen met placenta praevia is de kans op infectie veel grooter dan bij andere zwangeren. De lage insertie der placenta is hiervan de oorzaak. Bij toucheeren en tamponneeren worden heel gemakkelijk infectiekiemen van buiten in de uterus gebracht.

Patienten met placenta praevia moeten dus in de eerste plaats zoo weinig mogelijk inwendig onderzocht worden.

Vroeger toen de tamponnade a. p. geregeld werd toegepast om de bloeding te stelpen en de baring te bespoedigen, zag men meestal stoornis in het kraambed.

Van de 45 gevallen van tamponnade a. p., die sinds 1907 in de Groningsche Vrouwenkliniek voorkwamen, kregen er 24 verhooging in het kraambed.

Van de 4 vrouwen, die gedurende dien tijd aan sepsis zijn overleden, waren er 2 voor de partus getamponneerd, 1 had na de partus een vaginaal tampon gekregen. Ook langdurige tamponnade p. p. geeft vaak aanleiding tot verhooging.

De tamponnade a. p. wordt in de Groningsche Vrouwenkliniek de laatste jaren slechts in hoogere uitzondering gedaan; de tamponnade na de partus kan dikwijls niet gemist worden.

THROMBOSE.

Ook de thrombose komt bij de placenta praevia veel voor.

Van de 210 gevallen van placenta praevia, die sinds 1907 in de Groningsche Vrouwenkliniek voorkwamen, kregen en 13 thrombosen. (6.19 %).

Daarentegen komt het bij normale kraamvrouwen in slechts 1.3 % der gevallen voor.

Door de patienten vroeg te laten opstaan vermindert de kans voor thrombose, absoluut zonder gevaar is dit echter niet, omdat het de kans op embolie verhoogt.

Bij 1 vrouw, die een thrombophlebitis van het linker onderbeen had, welke eerst gangraeneus werd, moest later amputatie gedaan worden.

Bij deze 13 gevallen is er gelukkig slechts 1 geweest met doodelijke afloop. Er was hier een thrombose van de vena hypogastrica.

V.

KINDEREN.

Van de kinderen is de statistiek verre van bevredigend. Sinds 1907 werden bij placenta praevia 219 kinderen geboren (waaronder 9 gemelli). Hiervan zijn slechts 117 blijven leven. 24 waren voor de partus dood, 6 zijn tijdens en 22 kort na de partus overleden.

In totaal is het sterftecijfer 46,58 %.

Bij de verschillende methoden vinden wij de volgende mortaliteit.

	L.	D.	
Sp. p.:	17 . .	7	29,17 %.
Vl. br.:	10 . .	6	37,50 %.
Br. H.:	8 . .	29	78,37 %.
Metr.:	7 . .	9	56,25 %.
V. E.:	44 . .	45	50,50 %.
S. C. V.:	3 . .		00 %.
S. C.:	28 . .	6	17,65 %.

We zien dus hieruit heel duidelijk, dat men ten aanzien van de kinderen bij de S. C. de beste resultaten krijgt. Er is dan ook geen enkele reden waarom een kind, waarvan de toestand voor de operatie nog goed was, tijdens deze ingreep zou sterven.

Van de S, C. V. hebben we slechts 3 gevallen, dus te weinig om conclusies uit te trekken.

Schauta, Roth, Novak e. a. hoort men vaak de stelling verkondigen, dat ongeveer 30 % der kinderen bij placenta praevia niet levensvatbaar is. Van de overige 70 % worden met de verloskundige methoden nog $^2/_3$ gered. Van deze kinderen zouden in de eerste levensdagen nog velen ten gronde gaan door slechte sociale omstandigheden. Met het leven van het kind hoeft men dan slechts weinig rekening te houden.

STATISTIEK VOOR DE GEWICHTEN DER KINDEREN.

	tot 1000		1000–1500		1500–2000		2000–3000		3000–3500		3500–4000		4000– ?	
	L.	D.	L.	D.	L.	D.	L.	D.	L.	D.	L.	D.	L.	D.
Sp. p.	1			1	1		5	4	4	1	4		3	
Vl. br.	1				1		5	2	1	1	2	1	1	1
Br. H.	4			2		4	4	9	2	4		4	2	2
Metr.						1	3	5	2	1	2	1		1
V. E.	1		2	3		5	21	18	18	1	3	3		6
S. C. V.									2				1	
S. C.			1				9	2	11	2	6	1	1	1
Totaal	7		3	6	2	10	47	40	40	18	17	10	8	11

We zien dus hieruit, dat slechts 28 kinderen van de 219 minder wegen dan 2000 Gr. (12.79 %). Nemen we dus 2000 Gr. als grens der levensvatbaarheid (wat heel ruim is), dan zien we dat 87.11 % der kinderen wel levensvatbaar is.

Over het algemeen zijn de kinderen bij placenta praevia wel iets te vroeg, daar de grootste top valt tusschen 2000 en 3000 Gr.

Bij normale geboorten valt het gewicht der kinderen tusschen 3000 en 3500 Gr.

Dat een belangrijk percentage der kinderen niet levensvatbaar zou zijn, geldt dus zeker niet voor de Groningsche Vrouwenkliniek; ook kinderen tusschen 1500 en 2000 Gr. zullen met eenige zorg nog vaak in het leven kunnen worden gehouden.

VI.

DE VERSCHILLENDE METHODEN.

In de praktijk doet men het beste elke patient die in de laatste zwangerschapsmaanden vloeit, onverwijld naar een ziekenhuis te sturen.

De eerste bloeding is in den regel slechts een waarschuwing en kondigt meestal niet het begin der baring aan.

De gevallen van placenta praevia waarbij de vrouw eerst in het begin der baring begint te vloeien, zijn gewoonlijk de lichtere. Hier kan men meestal volstaan met het breken der vliezen. Het voorliggend deel daalt dan in en werkt als tampon. Bij dwarsligging moet eerst de ligging door uitwendige handgrepen gecorrigeerd worden.

In ernstiger gevallen van placenta praevia, waar een meer of minder groot deel der placenta het ostium uteri bedekt en men door omstandigheden de patient niet naar een ziekenhuis kan vervoeren, doet men het beste de methode van Braxton-Hicks toe te passen (als tenminste de ontsluiting niet zoo groot is, dat men met de heele hand in de uterus kan.) Na de keering laat men de uitdrijving aan de uterus contracties over, om eventueele cervix scheuren te vermijden. In de praktijk kan men dezen heel lastig behandelen, en het leven van de moeder gaat boven dat van het kind.

In een kliniek kan men in heele lichte gevallen eerst afwachten of de partus ook een spontaan verloop zal nemen. Mocht dit echter niet het geval zijn, dan zal men ook hier probeeren met eenvoudige methoden uit te komen. Men zal zoo veel mogelijk èn met het leven van de moeder, èn met het leven van het kind rekening houden.

In ernstige gevallen moet men echter natuurlijk ook van andere methoden gebruik maken. In de Groningsche Vrouwenkliniek

werden sinds 1907 210 patienten met placenta praevia op de volgende manieren verlost:

			M.	K.
Sp. p.:	24 = 11,43 %.	Mort.:	00 %.	29,17 %.
Vl. br.:	15 = 7,14 %.	„	06.67 %.	37,50 %.
Br. H.:	16 = 17,14 %.	„	8,33 %.	78,37 %.
Metr.:	16 = 7,62 %.	„	6,25 %.	56,25 %.
V. F.:	86 = 39,05 %.	„	10,98 %.	50,50 %.
S. C. V.:	3 = 1,43 %.	„	00 %.	00 %.
S. S.:	34 = 16,19 %.	„	5,88 %.	17,65 %.
Moeders	210 = 100 %.			

SPONTANE PARTUS.

In 11.43 % der gevallen verliep de partus zonder eenige kunsthulp. Dit waren voor het meerendeel heele lichte gevallen van placenta praevia, waar men bij het toucheeren toevallig een randje placenta voelde. De moederlijke mortaliteit was 0 %. De kinderlijke mortaliteit is betrekkelijk hoog, n.l 17 %. Van de 24 kinderen zijn 7 overleden; 3 kinderen waren voor de geboorte reeds dood; een is gedurende de partus overleden, drie daarna.

In heel enkele gevallen ziet men ook een spontane partus bij een placenta praevia centralis. De placenta wordt dan voor het kind geboren. De geringe bloeding die er dan bij is, wordt verklaard doordat het kind reeds voor de geboorte dood is, doordat het gewoonlijk kleine kinderen zijn en de partus hierdoor een snel verloop heeft.

VLIEZEN BREKEN.

In 7.14 % der gevallen kon men volstaan met het breken der vliezen. De moederlijke mortaliteit bedroeg hier 6.67 %, de kinderlijke 37.50 %. Ook dit waren lichtere gevallen van placenta praevia, na het breken der vliezen staat de bloeding.

Dat er hier nog een geringe moederlijke mortaliteit was, komt doordat de patienten reeds voor de partus anaemisch waren.

Het gewone bloedverlies dat bij iedere partus optreedt, is hier te veel voor de vrouw; zoo ook hier is geval 208.

Van de 15 kinderen zijn 6 overleden, een voor de baring, drie gedurende en twee daarna.

VERSIE EN EXTRACTIE.

Na het vliezen breken volgt als de eenvoudigste methode de versie en extractie. In de Groningsche Vrouwenkliniek is deze het meest toegepast, n.l. in 82 van de 210 gevallen. De moederlijke mortaliteit is bij deze methode het hoogst, 10,98 %. De kinderlijke bedraagt 50,50 %.

Gaan we nu eens na waarom de moederlijke mortaliteit zoo hoog is, dan zien we het volgende:

3 Moeders kwamen in slechte toestand binnen; ze hadden reeds sterk gevloeid en de baring was al zoover gevorderd dat er van een andere methode geen sprake meer kon zijn. Deze gevallen komen dus niet ten laste van de methode.

In de 4 overige gevallen was het bloedverlies vooral in het begin van de baring het ergst. Na de keering, waarbij vaak het ostium werd gedilateerd, stond de bloeding. De extractie volgde direct op de versie. In 3 van de 4 gevallen ontstond hierbij een cervix scheur. Bij één geval is het zeker dat de patient hieraan doodgebloed is. Bij de andere gevallen is dit niet zoo direct aangetoond, toch mogen wij ook hier veronderstellen dat het tot de dood heeft bijgedragen.

Een accouchement forcé is dus bij placenta praevia zeer gevaarlijk voor de moeder.

Één patient kwam getamponneerd binnen en stierf aan sepsis.

Bij No. 118 hadden we een partieele inversie van de uterus. Ook hier is natuurlijk meer bloed bij verloren.

De inwendige keering met direct daarop volgende extractie passe men bij placenta praevia slechts toe, indien men er van overtuigd is dat er geen kans is op een groote cervixscheur. Is hierop wel kans, dan wachte men liever tot de stuit na de versie spontaan geboren is, en extraheere dan het kind.

De inwendige keering op zich zelf moet men toepassen wanneer het ostium voor een hand toegankelijk is.

De meeste kinderen gaan bij de extractie dood, of komen zoo zwaar asphyctisch ter wereld dat ze òf niet bij te brengen zijn, òf kort na de geboorte dood gaan. Hier waren 13 kinderen vóór de geboorte, 24 gedurende en 8 nà de geboorte dood.

Heeft men patienten die ingestuurd worden, dan zijn bij binnenkomst reeds dikwijls de kinderen overleden.

Het accouchement forcé geeft voor de kinderen betere resultaten, doch mag dit niet opwegen tegen het grootere gevaar dat het voor de moeders oplevert.

BRAXTON-HICKS.

In 36 gevallen is de methode van Braxton-Hicks toegepast. 3 Moeders zijn overleden. De moederlijke mortaliteit bedraagt 8,33 %, de kinderlijke 78,37 %.

Ook hier zijn 2 van de 3 moeders aan verbloeding overleden. Beiden hadden voor de partus reeds een collaps gehad. Bij de partus zelf was weinig bloedverlies.

In beide gevallen is een cervixscheur gevonden; of deze de dood verhaast heeft is moeilijk te zeggen, de patienten zijn kort na de partus overleden. Het is echter wel opmerkelijk dat ook hier weer cervixscheuren zijn gevonden.

De derde patient is aan sepsis overleden. Ook hier was een kleine cervixscheur, deze was echter gehecht. Na de partus werd de vagina getamponneerd.

De methode van Braxton-Hicks is oorspronkelijk alleen gedaan om het leven van de moeder te redden, enkele gingen zelfs zoover, dat zij na de keering de partus geheel spontaan lieten verloopen. Er werd zelfs niet geholpen bij de ontwikkeling van de armen en het hoofd. Het spreekt van zelf dat deze oorspronkelijke methode voor het kind een heele slechte prognose gaf. Toch was deze methode al een heele verbetering als men rekent dat de moederlijke mortaliteit van 30—40 % daalde tot 6 à 10 %.

Nu men methoden heeft waar men ook rekening kan houden

met het leven van het kind, is de BRAXTON-HICKS in vele gevallen niet meer op zijn plaats. Van de 36 kinderen zijn 29 overleden: 4 vóór, 19 gedurende en 6 nà de partus.

Wel kan men in een kliniek de methode van BRAXTON-HICKS altijd toepassen bij niet levensvatbare kinderen en wanneer men zeker weet dat de moeder reeds geïnfecteerd is.

In de Groningsche Vrouwenkliniek is, om het kind te redden in vele gevallén een langzame tractie uitgeoefend.

METREURYSE.

De metreurynter is in de Groningsche Vrouwenkliniek weinig gebruikt. 16 Patienten met placenta praevia zijn er mee behandeld; 1 moeder is overleden aan verbloeding. De moederlijke mortaliteit bedraagt 6.25 %, de kinderlijke 56.25 %. Van de 16 kinderen zijn 9 overleden; 1 vòòr, 7 gedurende en 1 nà de partus.

Over het algemeen staat de bloeding, wanneer eenmaal de metreurynter is ingebracht. Echter moet men na het uitdrijven van de metreurynter vaak een keering doen en is dit dan dikwijls de oorzaak van een nieuwe bloeding.

Volgens SCHWEIZER is het bloedverlies bij de metreuryse 2 maal zoo groot als bij de Braxton-Hicks.

Een ander bezwaar is, dat het vaak uren duurt voor de metreurynter wordt uitgedreven.

Het vereischt heel wat oefening om de metreurynter goed, d.w.z. intra-ovulair, in te brengen. In de buitenpraktijk is het dus beter er niet mee te beginnen, maar direct de methode van Braxton-Hicks toe te passen.

Voor de kinderen zijn de resultaten beter dan bij de Br.-H., vooral als de ballon intra-ovulair ligt.

HANNES o.a. geeft een heel lage kinderlijke mortaliteit. Echter is zijn berekening eenigszins zonderling. Hij geeft de volgende cijfers:

Niet levensvatbaar (onder 2000 Gr.)	17
Gedurende de geboorte dood of stervende:	12
Asphyctisch bij aankomst van den medicus:	7
	37

Van de 84 gevallen blijven dan over 47 levensvatbare kinderen. Hiervan werden 8 dood geboren. Dit zou een mortaliteit geven van 17 %. Volgens onze berekening zou dit een mortaliteit geven van 54 %.

Heel schitterend zijn deze cijfers dus nog niet. [1])

VAGINALE SECTIO CAESAREA.

In de statistiek van de Groningsche Vrouwenkliniek geeft deze methode percentsgewijze de beste resultaten. Ze is echter slechts in 3 gevallen toegepast. Hieruit kunnen natuurlijk geen conclusies getrokken worden.

Het feit dat de methode zoo zelden wordt toegepast, bewijst dat ze niet in allen opzichten voldoet.

Vooral bij voldragen kinderen is het moeilijk de incisie zoo ver te maken, dat het kind zonder verscheuringen te veroorzaken er door kan. Deze scheuren gaan dan zoo hoog, dat ze niet te hechten zijn, en de vrouwen kunnen hieruit dood bloeden. De hysterotomia vaginalis posterior heeft verder nog het bezwaar dat de buikholte geopend wordt en dus de kans op peritonitis vergroot. Bovendien valt de snede in de insertie van de placenta en maakt de bloeding die hieruit ontstaat het werken erg lastig.

De aanvankelijke voorstanders als Bumm, Krönig en Sellheim hebben om deze redenen de methode weer verlaten.

Voor de kinderen geeft de methode betere resultaten dan de Braxton-Hicks.

SECTIO CAESAREA.

De Sectio Caesarea werd hier bij placenta praevia 34 maal verricht.

Twee moeders en 6 kinderen zijn overleden. De moederlijke mortaliteit bedraagt 5,88 % de kinderlijke 17.65 %. Van de 6 kinderen zijn 2 vóór, 2 waarschijnlijk onder, 2 na de operatie overleden.

De beide moeders zijn aan infectie overleden. Gevallen van verbloeding na de partus, het grootste gevaar waaraan patienten

---

[1]) Hitschmann. Die Therapie der Plac. Praev.

met placenta praevia zijn blootgesteld, kwamen hier dus niet voor.

De moeders die aan infectie zijn overleden werden reeds in slechte toestand ingestuurd. Een was getamponneerd.

De beste resultaten zal de methode geven, wanneer de patienten vóór de partus zoo weinig mogelijk worden onderzocht. Het gevaar voor infectie wordt dan tot een minimum beperkt.

In de Groningsche vrouwenkliniek wordt de methode in alle ernstige gevallen van placenta praevia toegepast, wanneer er geen teekenen van infectie aanwezig zijn. Het bloedverlies is zeer gering; ook sterk uitgebloede patienten verdragen de operatie goed (zie no. 1, 18, 24, 29 en 30).

De operatie van Porro is 4 maal verricht. Bij geval 4 en 26 contraheerde de uterus zich niet.

Geval 28 en 29 waren beide multipara met resp. 14 en 16 kinderen. Prophylactisch werd hier de uterus weggenomen.

In vergelijking met de andere methoden zijn de resultaten van de keizersnede bij placenta praevia, in de Gron. Vrouwenkliniek heel goed. In ernstige gevallen geeft ze èn voor de moeders èn voor de kinderen de geringste mortaliteit. In onze statistiek zijn ook de lichte gevallen meegerekend, daardoor springt dit nog niet zoo in het oog.

De keizersnede geeft n.l. voor lichte en ernstige gevallen dezelfde resultaten.

In de Groningsche Vrouwenkliniek wordt bij placenta praevia de klassieke keizersnede gedaan. Deze is verreweg de eenvoudigste. De snede valt in den regel buiten de insertie van de placenta en daardoor is het bloedverlies heel gering. Dit laatste is wel het voornaamste, daar we gezien hebben, dat de meeste patienten aan verbloeding dood gaan.

De uterus wordt gehecht met zijde, één diepe en één serosereuse laag.

Het peritoneum wordt gehecht met catgut, de fascia met zijde en catgut, de huid met zijde en krammen.

Voor en na de operatie krijgen de patienten 4 c.c. ergotine.

De Sectio Caesarea extraperitonealis en transperitonealis zijn veel ingewikkelder. De snede valt heel vaak in het bloedrijke weefsel waar de placenta geïnsereerd is en daardoor is het bloedverlies grooter.

Sommigen (o.a. v. JASCHKE) passen de S. C. E. toe in geïnfecteerde gevallen.

Een groot voordeel van de Sectio Caesarea boven de verloskundige methoden is nog dat men zelden de placenta manueel behoeft te verwijderen.

Men kan heel gemakkelijk de placenta uit de onderste uterussegment uitdrukken.

Dat men bij de verloskundige methoden zoo dikwijls de placenta manueel moet verwijderen, komt door de gedeeltelijke vergroeiing van de placenta met de baarmoederwand.

Bij gevallen waar werkelijk een placenta accreta is doet men het best direct de operatie van PORRO te doen.

CONCLUSIES.

De keizersnede passe men toe in alle niet geïnfecteerde ernstige gevallen van placenta praevia, waar het kind leeft en levensvatbaar is.

Leeft het kind niet, dan kan men toch terwille van de moeder nog overwegen de keizersnede te doen.

Bij gevallen die voor versie en extractie in aanmerking komen, kan men overwegen keizersnede te doen terwille van het kind.

Het best doet men de operatie in het begin van het ontsluitingstijdperk. De algemeene toestand van de patienten is dan in den regel nog goed.

STELLINGEN.

I.

Een vrouw, die koorts heeft na een incomplete abortus behandele men niet actief voor de temperatuur enkele dagen normaal is.

II.

Bij beginnend carcinoom van de oesophagus verdient de operatieve behandeling de voorkeur boven de radiologische.

III.

Het bepalen van de zinkingssnelheid van roode bloedlichaampjes heeft geen differentiëel diagnostische beteekenis.

IV.

Bij glaucoma simplex met beperking van het gezichtsveld tot ± het fixatiepunt is operatieve therapie gecontraindiceerd.

V.

Bij syringomyelie verdient Röntgenbestraling aanbeveling.

VI.

In de discussie over nieuwe, nog korte tijd toegepaste handelingen, is het zich beroepen op betere resultaten met oudere handelwijzen verkregen, een slecht argument.